

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

FILOZOFICKÁ FAKULTA

KATEDRA PSYCHOLOGIE

# Bakalářská práce

---

Jana Procházková

---

Různé formy náhradní institucionální péče  
o děti v ČR

---

The various forms of alternative institutional child  
care in the Czech Republic

Na tomto místě bych ráda poděkovala prof. PhDr. Lence Šulové, CSc. za její odborné vedení, cenná doporučení a trpělivost.

Dále bych ráda vyjádřila vděk své rodině a přátelům za podporu a poskytování krizové intervence.

*Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.*

V Praze dne 31. července, 2014

---

Podpis

## **Abstrakt**

Bakalářská práce se v první části zaměřuje na psychologickou problematiku institucionální výchovy. Začátek práce je věnován historickému vývoji náhradní péče o děti až po současnost. Práce se dále zaměřuje na problematiku odebrání dítěte z původní rodiny a umístění do institucionální péče. Věnuje se problematice rizikových rodičů a rizikových dětí. Velký rozsah práce se zabývá problematikou psychické deprivace, jejímu teoretickému vymezení, typologii reakcí na psychickou deprivaci, diagnostice a psychoterapii psychické deprivace. Další část se zaměřuje na popis zvláštností psychického vývoje psychicky deprivovaných dětí. Další problematikou, která je v práci popsána, je návrat dítěte do původní rodiny, přechod dítěte do náhradní rodinné péče a problematika jedinců, kteří odcházejí z institucionální péče po dosažení zletilosti. Poslední část je věnována specifickým tématům souvisejícím s náhradní péčí o děti, kterými jsou péče o děti s etnickou odlišností a péče o děti se specifickými potřebami.

V druhé části bakalářské práce je navržena kvantitativní studie zjišťující, zda má dlouhodobý pobyt v institucionální péči vliv na ekonomické chování a postoje. Studie je navržena pro adolescenty, kteří dlouhodobě vyrůstají v institucionální péči a pěstounské péči. Kontrolní skupinou jsou adolescenti, kteří od narození vyrůstají ve svých biologických rodinách.

## **Klíčová slova**

Dětství, rodina, rodiče, psychická deprivace, náhradní péče, rizikové faktory

## **Abstract**

The bachelor thesis focusses on psychological issue of institutional care in the first part. The beginning devotes to historical development of alternative care of children up to present. The thesis focusses on issue of taking a child from the primary family and placing him or her to the institutional care. It devotes the topic of risk parents and children. A big part of the thesis relates to mental deprivation, its definition, reactions' typology, diagnostic and psychotherapy. In the next part, there are described the psychological development's specialities of mentally deprived children, then a child's return to the primary family, a child's transition to alternative care, and the issue of individuals leaving the institutional care after reaching their legal age. Last part deals with specific topics connected with alternative care concerning children with ethnic differences or with special needs.

A quantitative study detecting the influence of long-term stay in the institutional care on economical behaviour and attitudes is designed in the second part. It is designed for adolescents, who grow up in institutional care and foster care for a long time. Adolescents growing up in biological families are the control group.

## **Keywords**

Childhood, family, parents, alternative care, risk factors, mental deprivation

# Obsah

1.	Úvod .....	8
2.	Vývoj náhradní péče o děti (od starověku po současnost) .....	9
2.1.	Novela o sociálně-právní ochraně dětí.....	10
2.2.	Zařízení ústavní a ochranné výchovy (vymezení pojmů).....	11
3.	Umístění dětí do zařízení ústavní a ochranné výchovy .....	13
3.1.	Odebrání dítěte z původní rodiny .....	13
3.2.	Rizikovní rodiče.....	14
3.3.	Rizikové dítě.....	15
3.4.	Problematika rozhodovací pravomoci.....	16
4.	Koncept psychické deprivace .....	17
4.1.	Typologie reakcí na psychickou deprivaci .....	18
4.2.	Diagnostika psychické deprivace .....	20
4.3.	Psychoterapie psychicky deprivovaných jedinců .....	21
5.	Specifika psychického vývoje dětí vyrůstajících v instituci .....	25
5.1.	Partnerské vztahy a sexualita .....	25
5.2.	Rodičovství.....	26
5.3.	Kognitivní vývoj.....	26
5.4.	Emoční vývoj.....	27
5.5.	Socializace.....	28
5.6.	Vývoj ekonomického chování.....	28
5.7.	Rozvoj sebepojetí .....	29
5.8.	Resilience.....	29
5.9.	Výskyt psychopatologie a sociální patologie .....	30
6.	Některá specifika pobytu v instituci .....	32
6.1.	Osobnost vychovatele v institucionální péči .....	32
6.2.	Podpora dětí dlouhodobě vyrůstajících v institucionální péči .....	34
7.	Návrat dítěte do původní rodiny .....	36
7.1.	Problematika spolupráce s původní rodinou .....	36
8.	Přechod dítěte do rodiny náhradní .....	37
8.1.	Formy náhradní rodinné péče v ČR .....	37
8.2.	Problematika umístění dítěte do náhradní rodinné péče ze strany náhradních rodičů .....	38
8.3.	Problematika umístění dítěte do náhradní rodinné péče ze strany přijímaného dítěte.....	39

8.4.	Problematika následné spolupráce s náhradní rodinou.....	39
9.	Problematika jedinců, kteří opouštějí instituci po dosažení zletilosti (raná dospělost).....	41
10.	Specifická témata související s otázkou náhradní péče o děti .....	42
10.1.	Problematika dětí s etnickou odlišností .....	42
10.2.	Problematika dětí se specifickými potřebami .....	43
11.	Návrh výzkumného projektu .....	44
11.1.	Obecná formulace výzkumného problému .....	44
11.2.	Formulace pracovních hypotéz .....	45
11.3.	Požadavky na složení výzkumného vzorku .....	45
11.4.	Metody sběru dat a stanovení standardů pro jejich získávání.....	46
11.5.	Metody zpracování a analýzy dat .....	47
11.6.	Diskuze.....	48
12.	Závěr .....	49
13.	Seznam použité literatury a informačních zdrojů .....	50
14.	Přílohy.....	54

## 1. Úvod

Téma této závěrečné práce se může jevit jako poněkud zastaralé a z pohledu dnešní psychologie jako velmi neaktuální. To z toho důvodu, že je institucionální péče o děti už delší dobu zavrhována jako nevhodná a spíše se upřednostňuje rozvoj náhradní rodinné (zejména pěstounské) péče o ohrožené děti. Toto mínění, že je náhradní rodina prospěšnějším místem pro vývoj dítěte, nelze zpochybňovat. Náhradní rodinná péče je pochopitelně vhodnější než institucionální péče ve všech aspektech. Na tomto místě je ovšem nutné podotknout, že v celé této problematice, kdy se děti ocitají bez péče ze strany vlastní rodiny, je také velmi důležitý individuální přístup ke každému dítěti. Velmi snadno mohou nastat situace, kdy je jeho umístění do institucionální péče nejlepším z nabízených řešení. Jako příklad lze uvést věk dítěte. Pro dospívajícího může být příjemnější přesun do institucionální péče, protože představa pobytu v cizí rodině v něm vyvolává nepříjemné pocity a o „náhradní rodiče“ nemá zájem. Dalším důvodem může být aktuální somatický a psychický stav dítěte, kdy jeho pobyt v náhradní rodině není možný a spíše by mohl uškodit.

Při této obhajobě institucionální péče samozřejmě nemám na mysli případy, kdy jsou jedinci v institucionální péči po celé dětství a jsou vystavováni tzv. „skleníkové výchově“. Dnes už by nejspíš nikdo nezpochybnil názor, že takové případy jsou velmi strastiplné, problematické a u jedinců s touto zkušeností se vyskytují specifické osobnostní rysy i desítky let po opuštění ústavní výchovy. Na druhou stranu je však důležité si uvědomit, že institucionální péči není možné zcela zrušit. Tyto pokusy měly vždy negativní dopady na situaci dětí a dospívajících, pro které by byla nejvhodnějším řešením.

V následujícím textu se snažím popsat hlavní otázky celé problematiky dětí, které se z různých důvodů ocitají v institucionální péči.



## 2. Vývoj náhradní péče o děti (od starověku po současnost)

Náhradní péče o děti, které nemají svou vlastní funkční rodinu, má za sebou velký historický vývoj. V dobách starověku byly nechtěné děti usmrcovány hned po narození, pohazovány, apod. Velkou změnu přinesl vliv křesťanství. Děti postupně přestaly být vnímány jako „malí dospělí“. První útulek pro opuštěné děti a mládež byl otevřen r. 335 v Konstantinopoli. Další nalezince vznikali např. v Miláně, Florencii, Benátkách, Paříži a Freiburgu, ale až o několik století později (Langmeier, Matějček, 2011; Šulová, 2006; 2010).

Roku 1198 zřídil papež Inocenc III. nalezinec v Římě, který byl vybaven tzv. „tornem“. Torna se postupně rozšířila do dalších evropských měst (jedno bylo i v Praze). Z evropských zemí začaly mizet až v první polovině 20. stol. (Langmeier, Matějček, 2011; Šulová, 2006; 2010). Pro všechna tato zařízení byla charakteristická velmi vysoká úmrtnost (50 – 95%). V tomto ohledu přinesly velké změny lékařské poznatky v 19. stol, které zapříčinily radikální úpravu hygienických podmínek tehdejší doby. Celkově se zlepšila hygienicko-epidemiologická situace v Evropě (Langmeier, Matějček, 2011; Šulová, 2006; 2010).

Zkušenosti z I. a II. světové války a hospodářské krize podněcují zájem některých psychologů o problematiku vývoje dítěte v kolektivní výchově. V první polovině 20. stol. vznikají první velké studie o dětech v náhradní kolektivní péči a formuje se koncept *psychické deprivace* (Bühlerová, Hetzerová, Spitz, Goldfarb, Bowlby, Ainsworthová). Závěry těchto studií mají velké dopady v praxi. Velký přínos měly i animální pokusy (Lorenz, Harlow). Fakt, že pozdější studie upravují poznatky a jsou méně pesimistické ve svých závěrech, je způsoben mimo jiné tím, že vznikají v už upraveném prostředí kolektivní výchovy (Langmeier, Matějček, 2011; Vágnerová, 2008; Šulová, 2010).

Zatímco v jiných evropských zemích se upravuje náhradní péče o děti a rozvíjí se pěstounská péče, v tehdejší ČSSR je praxe pod politickým vlivem spíše opačná. Klade se důraz na kolektivní péči, a to i pro děti z běžných rodin. Fungují zde kojenecké ústavy pro děti od narození do prvního roku, dětské domovy pro děti od

jednoho do tří let, dětské domovy od tří do šesti let a školní dětské domovy pro děti školního věku. V takových podmínkách vznikla řada podstatných studií o psychické deprivaci (např. Matějček, Langmeier, Damborská, ...). Vlivem negativní zkušenosti s takovým modelem výchovy dětí vychází v roce 1964 v platnost nový zákon o rodině, který opět řadí rodinu na první místo vhodné pro výchovu a péči o děti. Do tohoto roku existovali v Československu pouze dvě možnosti náhradní péče o děti – kolektivní péče a adopce (Langmeier, Matějček, 2011).

V Československu se od tohoto roku postupně začíná rozvíjet pěstounská péče a vznikají SOS dětské vesničky (1970). Velké změny samozřejmě přinesl rok 1989. Náhradní péče o děti měla donedávna dvě jasné podoby – rozdělovala se na péči rodinnou (osvojení a pěstounství) a institucionální (kojenecké ústavy 0-1 rok, dětské domovy 0-3 roky, dětské domovy, dětské domovy se školou, dětské domovy rodinného typu, výchovné a diagnostické ústavy). Tento model byl z mnoha důvodů nevyhovující (Langmeier, Matějček, 2011; Šulová, 2006; Historie SOS Dětských vesniček, 2006).

## **2.1. Novela o sociálně-právní ochraně dětí**

V lednu 2013 vešla v platnost novela o sociálně-právní ochraně dětí, která přinesla nové formy náhradní rodinné péče a výrazně ustoupila od kolektivní péče. Dnes už jsou patrné důsledky této novely v praxi ([www.fod.cz](http://www.fod.cz), 2014).

Novela o sociálně-právní ochraně dětí je do jisté míry reakcí na velkou kritiku ČR ze zahraničí (Výbor OSN pro práva dítěte, Evropský soud pro lidská práva). Tato kritika se vázala k faktu, že v ČR je vysoké procento dětí vychováváno v ústavní péči oproti jiným evropským zemím a bylo též doporučeno tímto orgánem posílit a usnadnit přístup k pěstounské péči a zároveň omezit kapacity ústavů ([www.fod.cz](http://www.fod.cz), 2013). Kritika byla podložena Listinou základních práv a svobod, Úmluvou o právech dítěte a Evropskou úmluvou o ochraně lidských práv, které ČR deklarovala před více než dvaceti lety (Matoušek, Pazlarová, Šabatová, 2008).

Z novely je patrná tendence omezovat, ne-li rušit ústavní péči. Výrazně mění způsob financování zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc a mění jeho pozici v

systému náhradní péče. Novela zavádí pěstounskou péči na přechodnou dobu (maximální doba pobytu dítěte v rodině je 1 rok). Ruší pěstounský příspěvek pěstounům v přímém pokolení. Novela také upravuje činnost OSPOD. Nijak neupravuje systém péče ve výchovných a diagnostických ústavech. Klade velký důraz na zachování biologické rodiny, případně na zachování kontaktu dítěte s biologickými rodiči (Fond ohrožených dětí, 2013).

Návrh novely byl velice kritizován ze strany psychologů, soudců, sociálních pracovníků, pedagogů, vychovatelů, pěstounů, atd. (např. FOD, katedra psychologie FF UK). Bylo důrazně upozorňováno na její negativní dopady v praxi (Fond ohrožených dětí, 2011).

Odpůrci této novely kritizují zejména vysokou nákladnost pěstounské péče na přechodnou dobu, změnu financování zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc, časovou ohraničenost pobytu dítěte v těchto zařízeních i u přechodných pěstounů, odepření pěstounského příspěvku příbuzným v přímém pokolení, povinnost zajišťovat dětem v náhradní péči kontakt s biologickými rodiči, změnu fungování OSPOD (jeho administrativní zatíženost na úkor práce v terénu). FOD se účastnil jednání o novele, ale jeho návrhy nebyly akceptovány (Fond ohrožených dětí, 2012).

Snaha o úplné zrušení institucionální péče o děti měla v zahraničí vždy negativní dopady. Ještě více se prohloubila degradace klientů, zvýšil se počet bezdomovců, atp. Dnešní zařízení už většinou nemají (mimo jiné díky vzdělávání personálu) podobu tradičních ústavů (Matoušek, 1999).

## **2.2. Zařízení ústavní a ochranné výchovy (vymezení pojmů)**

*Zařízení ústavní a ochranné výchovy jsou „instituce v rámci českého školství, které zabezpečují výchovu jednak pro opuštěné děti, jednak pro děti a mládež s výchovnými problémy, a to ve věku chovanců 3 – 18 let. Pro tato zařízení je typické, že zajišťují trvalé či dlouhodobé ubytování a u některých jsou zřízeny i školy, které zajišťují chovancům odpovídající vzdělání. Mezi tato zařízení patří dětské domovy, diagnostické ústavy, výchovné ústavy (včetně ústavů pro nezletilé matky)“ (Průcha, 2003, s. 310).*

**Dětský domov** je zařízení určené pro děti ve věku od 3 do 18 let. Jedná se o *"školské internátní zařízení pro výkon ústavní výchovy mládeže. Zajišťuje výchovnou, hmotnou a sociální péči mládeži s normálním duševním vývojem, která ze závažných důvodů nemůže být vychovávána ve vlastní rodině a nemůže být osvojena nebo umístěna v jiné formě náhradní rodinné péče. Pečuje o mládež od 3 do 18 let, eventuálně do ukončení přípravy na povolání"* (Průcha, 2003, s. 41).

**Kojenecký ústav** je určen pro děti od narození do jednoho roku. O děti zde pečuje zdravotnický personál. Nejedná se o zařízení spadající pod MŠMT, ale pod ministerstvo zdravotnictví. O děti od jednoho do tří let věku pečuje **zdravotnický dětský domov** určený pro tuto věkovou skupinu (Průcha, 2003).

Výchovný ústav je zařízení, které pečuje o obtížně vychovatelnou mládež. V Česku existují tři druhy výchovných ústavů. **Dětský výchovný ústav** pečuje o mládež do doby, než ukončí povinnou školní docházku. **Výchovný ústav pro obtížně vychovatelnou mládež** je určen mládeži, která dokončila povinnou školní docházku a zůstává v ústavu do 18, případně 19 let, pokud bylo umístění nařízeno soudem. Třetím typem je **výchovný ústav pro nezletilé matky**. Toto zařízení současně pečuje o jejich děti (Průcha, 2003).

**Diagnostický ústav** je zařízení, jehož úkolem je komplexní vyšetření z pedagogického i psychologického hlediska dětí a mládeže s nařízenou ústavní výchovou. Tato vyšetření trvají nejdéle 8 týdnů a po jejím dokončení jsou děti dlouhodobě umísťovány do jiných zařízení (dětský domov, výchovný ústav, aj.) (Průcha, 2003).

### 3. Umístění dětí do zařízení ústavní a ochranné výchovy

*„Jak už bylo mnohokrát na odborných setkáních řečeno i napsáno, nemělo by být umístění dítěte v domově považováno za vyřešení jeho situace“ (Koluchová, 1987, str. 33).*

Vstup do ústavu nebývá dobrovolný v pravém slova smyslu. Většinou se tak děje spíš pod sociálním, existenciálním nebo právním tlakem. Pro snazší přechod do instituce by bylo vhodné, aby se dítě/klient s prostředím instituce seznámil před započítáním pobytu v něm. To ale není vždy z nejrůznějších důvodů možné (Matoušek, 1999).

Umístění dítěte do institucionální péče může v některých případech znamenat pouhé přerušení a oddálení sociálně patologického vývoje, který po opuštění ústavu dále pokračuje (Gjuričová, 2008).

#### 3.1. Odebrání dítěte z původní rodiny

*„Někdy je nezbytné oddělit dvě infikované rány a vyléčit každou z nich zvlášť, aby mohly zdravě srůst. Podobně může být užitečné oddělit děti od rodičů, aby spolu později mohli žít v harmonické rodině“ (Lasson, 1992 podle Škoviera, 2007, s. 35).*

Bentovim a Wilkinson uvádějí několik úrovní celkového hodnocení fungování rodiny. První úrovní jsou *interakční akty* jednotlivých členů (které je třeba chápat v kontextu určité situace). Další úrovní jsou *epizody*, které mají delší dobu trvání (např. hádka). Vyšší úrovní jsou *interakční dimenze* (zde se hodnotí abstraktními pojmy, jako je moc, hranice, apod.). Na základě těchto dosavadních poznatků je na místě *typologické zařazení* (problémová rodina, harmonická rodina, dysfunkční rodina, atd.). Další úrovní hodnocení je sledování *vzorů osobních významů* (individuální smýšlení jednotlivých členů rodiny). Předposlední rovinou jsou *strhující interpretace* neboli snaha o interpretaci sledovaného na základě všech předchozích úrovní. Poslední úrovní je predikace výsledku, tedy snaha předpovědět cíl práce s rodinou na základě zkušeností pracovníka a jeho teoretických znalostí (Matoušek, Pazlarová, 2010).

V chování rodičů k dětem, které lze pokládat za rizikové, jsou sledovatelné určité znaky, které mohou napovídat k ohrožení dítěte. V těchto rodinách se vyskytuje obecně slabší projevování empatie a pozitivních emočních reakcí. Není posilováno prosociální chování dětí, rodiče mají mezi sebou časté konflikty. Zvláště rizikovým faktorem je přítomnost domácího násilí. Autoritativní výchovný styl s užíváním tělesných trestů je též vnímán jako možný počáteční jev vztahové patologie v rodině (Krejčířová, 2001).

Děti, které přicházejí do prostředí ústavní výchovy, mají za sebou často zkušenost s psychickou deprivací z rodinného prostředí. Tato zkušenost je ale kvalitativně velmi odlišná, má jiný charakter a následky, než které má deprivací zkušenost získaná v ústavu (Koluchová, 1987).

### 3.2. Rizikové rodiče

*„Přijetí rodičovské role s péčí a obětováním považujeme za přirozený projev „živočichů“ a nedochází-li k němu spontánně, jde o civilizační vlivy či drobné úchylinky od normy, které lze zaznamenat i v přírodě u jiných živočichů“* (Bowlby, 1992 podle Šulová, Morgensternová, 2011, s. 64).

Matějček, Prokopec, Dytrych a Dunovský popisují tři základní **situace, za kterých vznikají poruchy rodičovství**. Rodiče se o děti starat 1. nemohou, 2. neumějí, 3. nechtějí. Toto rozdělení napomáhá porozumění problematice a umožňuje další klasifikaci. Specifickou skupinou jsou rodiče, kteří si nechtěné dítě po porodu nechají ve své péči, přitom ho ale plně neakceptují (Dytrych, 1999).

Rodiče, kteří se o dítě *nemohou starat*, jsou v tomto ohledu ovlivněni vnějšími podmínkami, jako je zdravotní stav (rodiče nebo dítěte), existenciální problémy, apod. V případě, že se rodiče o dítě *starat neumějí*, je třeba hledat příčinu v jejich nezralosti, slabých rodičovských kompetencích, obtížném vyrovnávání se s rodičovskou rolí, apod. Pokud se rodiče o děti *starat nechtějí*, bývá to zapříčiněné jejich osobnostními vlastnostmi, psychiatrickou diagnózou a motivací k plnění rodičovské role. Tato skupina rodičů je více riziková, než skupiny předchozí. Posledními dvěma skupinami rodičů jsou rodiče, kteří své děti *týrají a zneužívají* nebo se o ně naopak *nadměrně starají* (Dunovský, 1999).

Vágnerová uvádí jinou klasifikaci **odchylek rodičovských postojů**: 1. *Rodiče nejsou schopni přiměřeného rodičovského chování*, např. z důvodu závažného onemocnění, trvalého postižení, apod. (objektivní důvody). 2. *Rodiče nejsou ochotni akceptovat rodičovskou roli*, např. jedinci s odklonem od osobnostní normy, jedinci s rysy sociální patologie, apod. Interakce mezi rodičem a dítětem je chaotická, chybí jasné vymezení rolí a jasný řád fungování rodiny jako celku (Vágnerová, 1996).

Mezi rizikové rodiče, u kterých se častěji objevuje vztahová patologie k dítěti, patří 1. rodiče s psychiatrickou diagnózou (př. afektivní a psychotické poruchy), 2. rodiče, kteří jsou závislí na psychoaktivních látkách, 3. rodiče s poruchou osobnosti, 4. rodiče, kteří mají špatnou zkušenost z vlastního dětství (až 70% lidí s negativní zkušeností z dětství<sup>1</sup>), 5. rodiče, kteří jsou velmi mladí a osobnostně nezralí, 6. rodiče, jejichž partnerský vztah je konfliktní<sup>2</sup>, 7. situace, kdy dítě vychovává jeden rodič, 8. rodiče, kteří mají nadměrné očekávání od svých dětí (nedostatečné znalosti o normálním, standardním vývoji dítěte), 9. rodiče, kteří se více soustředí na svou kariéru (dvoukariérové rodiny), 10. rodiče s nízkým socioekonomickým statusem a existenciálními problémy, 11. rodiče se sníženými rodičovskými kompetencemi (Krejčířová, 2001; 2006; Vágnerová, 2008).

### 3.3. Rizikové dítě

Děti, které jsou rizikové z hlediska vztahové patologie mezi nimi a rodiči, jsou často provokující, vyčerpávají, jejich chování je nesrozumitelné, péče o ně je náročná, nesplňují nároky a očekávání rodičů a neodkladně vyžadují uspokojení svých potřeb. Jejich emoční reaktivita je odlišná. Také jsou ohroženy děti, které jsou plačtivé, neklidné, ale i pasivní nebo málo reaktivní. Další skupinou jsou děti s tzv. obtížným temperamentem. V nadpoloviční většině jsou týrány děti mladší šesti let (Krejčířová, 2001; Vágnerová, 2008).

Jedinci, kteří vyrůstali v dětství v dětských domovech, shledávají tresty, které jim byly udělovány v dětství za nepřiměřeně přísné (Bubleová, Kovařík, Matějček, 1997).

---

<sup>1</sup> Tito rodiče ale naopak mohou být ve své roli velmi dobří, zvláště pokud budou mít dobrou vztahovou zkušenost z období dospívání (Krejčířová, 2006).

<sup>2</sup> Medein komplex – tímto termínem se označuje situace, kdy jeden z partnerů trestá druhého prostřednictvím dítěte (Vágnerová, 2008).

Děti, které jsou takto rizikové, mohou být často oběťmi i ve formách náhradní péče (Krejčířová, 2001).

Tato problematika je velmi složitá také pro určité tabuizování tohoto tématu ve společnosti. Veřejnost se k násilí páchaném na dětech staví naprosto negativně, ovšem také pasivně. Spíše obecně platí, že do událostí v jiné rodině se nezasahuje. Pro širokou veřejnost je nepochopitelné, že je týrané dítě na svou rodinu často emocionálně vázané a nechce jí opustit. Nabízená pomoc zůstává neoceněna a nevyužita. Dítě má z opuštění strach a brání se mu. Dítě jako oběť je litováno, ale zároveň jeho okolí neví, jak se k němu má vlastně chovat a spíš se od něj distancuje (Vágnerová, 2008).

### 3.4. Problematika rozhodovací pravomoci

*„Dodnes se v duchu vracím k některému dilematu; nebyla to žádná zábava, šlo doslova o život. Vždyť naše rozhodnutí většinou výrazně ovlivnila další, ještě „nenapsané“ části příběhu, životní cestu hlavního aktéra“ (Škoviera, 2007, s. 11).*

Posuzování jednotlivých případů posuzuje vždy jedna sociální pracovnice. To je hlavní problém této otázky. Zodpovědnost rozhodnout, zda se dítě nachází ve vhodném prostředí, je na jednom člověku. Přitom podle šetření z roku 2007 je jich plně kvalifikovaných necelá polovina. Soudy v naprosté většině jejich návrhu vyhoví (v 95 – 96% případech). Mnohem vhodnější by zde byl multidisciplinární přístup s možností problém konzultovat s dalšími kolegy a odborníky. Sami sociální pracovnice by uvítali tuto možnost (Matoušek, Pazlarová, Šabatová, 2008).

Pilař uvádí několik problémů umísťování dětí do ústavní a ochranné výchovy. Na prvním místě uvádí vleklost soudů, poté nedostatečnou erudice soudců, nejednotné nahlížení na ochrannou a ústavní výchovu, nedostatečné nebo chybějící posouzení případu soudním znalcem, absence zástupce výchovného zařízení při rozhodování o umístění dítěte, nepřijímání dětí v psychiatrické atace, s poruchami chování a v akutní intoxikaci, různorodé zacházení s dětmi a mladistvými např. z řad policistů, apod. (Sekera, 2009).



## 4. Koncept psychické deprivace

*„Psychická deprivace je psychický stav vzniklý následkem takových životních situací, kdy subjektu není dána příležitost k ukojení některé jeho základní (vitální) psychické potřeby v dostačující míře a po dosti dlouhou dobu“ (Langmeier, Matějček, 2011, s. 26).*

*Deprivační situace vede k neuspokojení základních psychických potřeb v dětství (Víceúrovňové pojetí psychické deprivace viz tab. 1) a vzniká tak psychická deprivace. Ta v součinnosti s osobnostními charakteristikami deprivovaného jedince utváří jeho celkový psychický stav a formuje jeho specifické reakce na psychickou deprivaci (Langmeier, Matějček, 2011).*

Úroveň deprivace		Nedostatek vnějšího životního prostředí	Experimentální model
I.	Deprivace podnětová	Nedostatek vnější stimulace	Deprivace senzorická
II.	Deprivace významová	Nedostatek vnější struktury	Deprivace kognitivní
III.	Deprivace citového vztahu	Nedostatek vnějšího objektu	Deprivace emoční
IV.	Deprivace identity	Nedostatek osobně sociálního významu	Deprivace sociální

**Tabulka 1** (Langmeier, Matějček, 2011, s. 297)

Komplexní reakce na psychickou deprivaci je podmíněna širšími souvislostmi v dané kultuře, vnějším sociálním prostředím (rodina, formy náhradní rodinné péče, institucionální péče, školská zařízení, apod.) a individuálními charakteristikami jedince, kterými je vývojový stupeň, pohlaví, individuální konstituce lidské psychicky a individuální patologické rysy, pokud jsou přítomny (Langmeier, Matějček, 2011). Záleží na genetické výbavě jedince, jeho rané zkušenosti a možnosti (schopnosti) získat „nějaký“ náhradní zdroj citové podpory (Vágnerová, 2008).

Psychická deprivace v raném dětství se může za určitých okolností promítat do celého dalšího života. Podle Eriksona vytváří každá vývojová fáze podklad pro fázi následující. Podle teorie biodromální psychologie (např. Říčan) se jednotlivé vývojové etapy mohou projevovat ve všech následujících etapách (Bubleová, Kovařík, Matějček, 1997).

Je nutné odlišit psychickou deprivaci a výchovnou zanedbanost. Psychická deprivace

znamená strádání v emocionálním a sociálním kontaktu. Naopak výchovnou zanedbaností se označuje nedostatek vnějšího zabezpečení (materiální strádání, hygiena, socioekonomická situace, nedostatek zdravotní péče, apod.). Psychická deprivace a výchovná zanedbanost se většinou objevují společně (Langmeier, Matějček, 2011; Langmeier, Krejčířová, 2010). Důsledky výchovné zanedbanosti se projevují i v dospělosti, a to nižší úrovní vzdělání a tím i horší profesní kvalifikací, nižší ekonomickou úrovní, tendencí k sociální izolaci, celkově zjednodušeným životním stylem, sníženými rodičovskými kompetencemi v některých oblastech (Vágnerová, 2008).

#### **4.1. Typologie reakcí na psychickou deprivaci**

Výzkumy ukázaly, že reakce na psychickou deprivaci jsou výrazně odlišné a různorodé i v případech, kdy je o deprivované jedince postaráno se srovnatelnou kvalitou. Bylo popsáno pět deprivčních typů.

##### **1. Typ sociálně hyperaktivní**

Děti v této skupině velice snadno navazují kontakt s kýmkoliv a zcela nediferencovaně. Jejich chování působí jako fixace ve stadiu předběžného objektu (Bowlby). Všechny osoby jsou jim stejně blízké a stejně cizí. Nedokážou však navázat hluboké vztahy. Jsou spontánní, mazlivé. Nezajímají se o věci a obtížně si osvojují nové vědomosti (Langmeier, Matějček, 2011; Vágnerová, 2008).

##### **2. Typ sociálně provokativní**

Pro děti v této skupině je charakteristické přitahování pozornosti dospělých osob. Vymáhají si pozornost dospělého výbuchy vzteku, ublížením jinému dítěti, agresivitou, apod. Výrazně se u nich projevuje egocentrismus a žárlivost. Od pečující osoby ale na takové chování dostávají negativní zpětnou vazbu, kterou paradoxně fixují tuto strategii. Nesnesou se s dalšími dětmi, ale pokud se ocitnou sami s pečující osobou, jsou naopak velice milé, jako vyměněné (Langmeier, Matějček, 2011; Vágnerová, 2008).

### **3. Typ útlumový**

Tento typ dětí je charakteristický svou pasivitou a apatií k okolí. Děti mají regresní tendence, nenavazují kontakt, jsou uzavřené a rezigované. To může vést při vyšetření k mylnému závěru vývojového opoždění. Tento typ je častý více u chlapců než u dívek. Těmto dětem se vlivem jejich chování dostává méně stimulace a tím se jejich problém prohlubuje. S přibývajícím věkem dítěte tento útlum slábne a projevy ztrácí na intenzitě. Velkou roli zde hrají individuální obranné síly dítěte a schopnost hledat si kompenzační příležitosti (Langmeier, Matějček, 2011; Vágnerová, 2008).

### **4. Typ dobře přizpůsobený**

V této skupině jsou děti, které jsou psychicky odolnější vůči nepříznivým životním podmínkám a také děti, které si svým chováním dokážou získat přízeň a dostatek podnětů. Jsou oblíbené mezi personálem, soustřeďuje se na ně větší pozornost, jejich chování se blíží normě. Přizpůsobené jsou ale životu v instituci, nikoli „běžnému“ životu mimo ni. I u těchto dětí je tedy na místě určitá opatrnost např. při stanovování prognózy, protože tato jejich pozitivní výbava se pod vlivem životních změn nemusí zachovat (Langmeier, Matějček, 2011).

### **5. Typ charakterizovaný náhradním uspokojením afektivních potřeb**

Tato skupina dětí není tak jasně ohraničená jako skupiny předchozí. Jedná se o zvláštní skupinu dětí, které svým chováním vybočují z předchozích čtyř skupin a pro které je charakteristické náhradní uspokojení afektivních potřeb např. přejídáním, hromaděním věcí, nepřiměřeným žalováním, otevřenou agresivitou a sexuálními aktivitami (masturbací) v období dospívání potom vandalismem, promiskuitou, experimentováním a závislostí na psychoaktivních látkách. Jde o formu substituce. Z pohledu Freudovy typologie jde o fixaci v orálním stadiu, ve kterém dítě nesaturovalo potřebu bezpečí. Tyto děti mohou být umístěny v psychiatrických léčebnách právě pro tuto zvláštní, „nenormální“ charakteristiku (Langmeier, Matějček, 2011; Vágnerová, 2008; Langmeier, Krejčířová, 2010).

Toto typologické rozdělení je velmi významné pro terapeutickou práci s dětmi a rodinami. Ke každému tomuto typu se přistupuje terapeuticky jiným způsobem (Langmeier, Krejčířová, 2010), který bude popsán dále.

## 4.2. Diagnostika psychické deprivace

*„Není ani možno vyjmenovat všechny projevy psychické deprivace, jsou natolik mnohočetné a variabilní“ (Koluchová, 1987, s. 19).*

Cílem této kapitoly je stručný popis nejdůležitějších oblastí psychosociálního vývoje v raném dětství, které jsou důležitým ukazatelem pro výskyt psychické deprivace.

Významným indikátorem psychické deprivace je *řeč*. Protože individuální kontakt s mateřskou osobou, který je podmínkou normálního vývoje řeči v kojeneckém a batolecím věku chybí nebo je velmi omezený, řeč se vyvíjí nesprávně. Je chybné přirovnávat řeč deprivovaných dětí k řeči dětí na nižším vývojovém stupni. Zejména v raném dětství je řeč dětí s deprivací zkušeností kvalitativně odlišná, nemá komunikační charakter. Chybí typické řečové projevy pro určitá vývojová stadia, jako je např. kladení otázek (Koluchová, 1987, Vágnerová, 2008).

Dalším indikátorem psychické deprivace je opoždění *psychomotorického vývoje*. Jemná motorika deprivovaných dětí zůstává opožděna až do začátku školní docházky (Koluchová, 1987).

Psychická deprivace a její důsledky jsou jednou z příčin *školní nezralosti*. Děti v šesti letech vykazují *typickou školní nezralost*. Podle učitelů jsou hravé, nepozorné a neklidné. Školní problémy přetrvávají obvykle do druhé třídy, poté se žáci adaptují (Langmeier, Matějček, 2011; Šturma, 2006). Děti s deprivací zkušeností vykazují podobné známky chování jako děti s ADHD. Je tedy nutné tyto případy oddělit vzhledem k odlišným terapeutickým a poradenským postupům (Sonuga-Barke, Rubia, 2008).

Pedagogové mají umět rozeznat znaky psychické deprivace a v takovém případě navázat kontakt s odborníky a snažit se vyrovnat jeho psychický stav. Pedagog by měl též sledovat vývoj dítěte, které má deprivaci v anamnéze. Spolupráce se školou je v nápravě psychické deprivace nezbytná (Sobotková, 1994). Do speciálních škol jsou tyto děti přerazovány právě pro předpokládaný nedostačující intelekt (Koluchová, 1987).

Koluchová popisuje tři hlavní okruhy diagnostických omylů při posuzování deprivovaného dítěte. Prvním okruhem je obecně horší hodnocení deprivovaných, zanedbáva-

ných a traumatizovaných dětí<sup>3</sup> než je jejich skutečný objektivní stav. Druhým okruhem je riziko chybného hodnocení dětí s postižením (zejména smyslovým, tělesným a s postižením omezujícím pohybovost). Třetím okruhem je velké riziko chybné diagnostiky u dětí, u kterých je málo vyvinutá řeč nebo není vyvinutá vůbec (Koluchová, 1987).

Někdy může být pro posuzovatele obtížné odlišit od sebe *hlubokou psychickou deprivaci* a jinou psychiatrickou diagnózou. Mezi tyto psychiatrické diagnózy zaměnitelné s psychickou deprivací patří např. *mentální retardace, poruchy autistického spektra a specifické poruchy učení*. Takový omyl velmi ohrožuje další osud diagnostikovaného dítěte, protože s každou touto skupinou se terapeuticky pracuje velmi odlišně (Koluchová, 1987).

Pro diagnostiku dítěte obecně platí co nejpodrobnější znalost jeho anamnézy a je na místě týmová spolupráce. Na místě je také spoluúčast dětského psychiatra. To jsou základní opatření pro zamezení a omezení diagnostických omylů v praxi (Koluchová, 1987; Sonuga-Barke, Rubia, 2008).

### 4.3. Psychoterapie psychicky deprivovaných jedinců

Cílem psychoterapie je zlepšení dosavadní neuspokojivé a nedostatečné interakce se sociálním prostředím dítěte. Problematika psychoterapeutické práce s deprivovanými dětmi je dána samou podstatou tohoto problému. Práce s dítětem je velmi dlouhá (měsíce až roky) a vyžaduje vysoké kvality psychoterapeuta (úspěchy práce přicházejí pozvolna a je nutná trpělivost z jeho strany). Důležitým faktem, někdy opomíjeným, je skutečná účinnost psychoterapie a alespoň částečná náprava psychického stavu jedince. Pro úspěšný výsledek je nutné velmi pomalé postupování v jednotlivých krocích, naprostá ochrana dítěte před frustrující situací v době psychoterapie, zachování spolupráce s jedním psychoterapeutem, návrat k dřívějším vývojovým stupňům a postupování na další úroveň, až když dítě plně zvládne nároky předchozího vývojového stadia (Langmeier, Krejčířová, 2010).

---

<sup>3</sup> Syndrom CAN

Základem pro účinnost psychoterapeutické práce s dítětem často může být úplná změna výchovného prostředí. Musí se ovšem jednat o přechod do prostředí stabilního, „lepšího“, než bylo dosavadní výchovné prostředí. Pouhé přesunutí ohroženého dítěte do jiného prostředí (např. pěstounská péče) má často samo o sobě pozitivní terapeutický účinek (Langmeier, Krejčířová, 2010). Z dosavadních poznatků vyplývá, že nálezy nejsou dílem obecně psychické deprivace, ale hrají roli určité specifické charakteristiky deprivčních podmínek. Záleží na délce trvání. Pokud je dítě vytrženo a umístěno např. do náhradní rodinné péče, je jeho prognóza prokazatelně pozitivnější (Bubleová, Kovařík, Matějček, 1997).

V nejzávažnějších případech hluboké deprivace je na místě provádět psychoterapii každý den, mnohdy i vícekrát. S dětmi v nižším věku je vhodné psychoterapii provádět vícekrát týdně, ale setrvat v ní kratší časový interval. Naopak s dětmi školního věku a dospívajícími je přínosnější provádět psychoterapii méně často, ale setrvat v ní delší dobu (Langmeier, Krejčířová, 2010).

Zvláště v počátku psychoterapie, při navazování vztahu psychoterapeuta a dítěte, se postup odvíjí od typu reakce na deprivaci (Langmeier, Krejčířová, 2010). Následující popis jednotlivých postupů psychoterapeutické práce s dítětem nemusí platit pouze pro individuální terapii, ale je jakýmsi obecným doporučením, jakým způsobem je vhodné s dětmi pracovat ze strany pečující osoby, nových náhradních rodičů, pedagogů, atp.

### **1. Typ sociálně hyperaktivní**

U těchto dětí je cílem psychoterapie získat jistotu v trvalejším, pevnějším vztahu. Postup k tomuto cíli se bude odvíjet zejména od věku a dosavadní zkušenosti konkrétního dítěte. Terapeut je zde v roli prostředníka, „přechodného objektu“, který dítě připravuje na navázání kvalitativně náročnějších intimních vztahů. Jeho důležitým úkolem je ustupování do pozadí v určité fázi psychoterapie. Pro dítě je nejdůležitější pozornost, kterou mu psychoterapeut věnuje, jeho autenticita, porozumění emocím dítěte. Hra, rozhovor, nebo fyzický kontakt jsou tu jen jako „aplikační oblasti“ pro takové jednání. Dítě tímto postupem dosahuje pokroků ve všech aspektech osobního vývoje. To se odráží ve způsobu jeho hry, učení, práce, osvojování sociálních dovedností, apod. (Langmeier, Krejčířová, 2010).

## **2. Typ sociálně provokativní**

Tyto děti jsou nejlépe připravené na navázání specifického vztahu s významnou osobou. Právě jejich provokování je toho důkazem. Ovšem v kolektivu s ostatními dětmi, jak bylo popsáno výše, nemají z podstaty jejich typického chování šanci na to, tuto připravenost využít. Ke spontánnímu zlepšení dochází při přechodu do NRP, kde je rodina dobře informovaná a nereaguje represivně. Pokud informovaná není, je zde nutné odborné vedení. Pro úspěšnou psychoterapii je zde nutná spolupráce psychoterapeuta a vychovatele. Dítě bylo doposud opakovaně frustrováno svými neúspěšnými pokusy o navázání pozitivního kontaktu s dospělou osobou. Bariéry, které si tímto vytvořilo, je potřebné překonat. K tomu dochází jen pomalu a postupně. Trpělivost a absence negativní zpětné vazby na provokující chování dítěte je pro úspěšnost psychoterapie nezbytná (Langmeier, Krejčířová, 2010).

## **3. Typ útlumový**

Tyto děti se brání kontaktu s dospělou osobou. Je zde na místě velmi šetrný, opatrný přístup a naprosté přizpůsobení se požadavkům dítěte. Dítě nesmí být ke kontaktu nuceno. V počátcích psychoterapeutické práce je potřebné navazovat kontakt nepřímo. Psychoterapeut dítěti nevěnuje pozornost, pouze se „nenápadně“ objevuje v jeho blízkosti. Může být například v kontaktu s jiným dítětem. Postupně, pokud je na to dítě připravené, může psychoterapeut dítěti věnovat letmý úsměv, obrátit se na něj neutrálním úkonem (podání hračky), apod. Užší vztah je možné navázat až po zvládnutí těchto kroků. Nejpřirozenější a tedy nejvhodnější je postupné navazování vztahu tělesným kontaktem (pohlazení, pochování, ...). Zrakový a verbální kontakt jsou až doposud doprovodné, až postupně se stávají vlastním nástrojem psychoterapie (Langmeier, Krejčířová, 2010).

## **4. Typ dobře přizpůsobený**

Děti dobře přizpůsobené jsou ohrožené změnou dosavadního výchovného prostředí, které se nějakým způsobem liší svými nároky v sociální a výkonové sféře. Tyto děti setrvávají na nižší úrovni psychosociálního vývoje a je zde na místě psychoterapeutická podpora v osobním růstu a postupném dosahování vyšších vývo-

jových úrovní, osvojování náročnějších sociálních rolí, apod. (Langmeier, Krejčířová, 2010).

#### **5. Typ charakteristický náhradním uspokojováním afektivních potřeb**

Tento typ je nejohroženější skupinou a zároveň pro psychoterapeutickou práci také nejnáročnější. Je to dáno závislostí na náhradním zdroji uspokojování afektivních potřeb, která bývá velmi silná a dlouhotrvající. Na počátku psychoterapeutické práce se využívají behaviorální techniky. Je potřeba dítě izolovat od zdroje náhradního uspokojování, což bývá velmi obtížné. Zároveň jsou posilovány inkompatibilní činnosti. Tento krok je nezbytností pro možné uskutečnění dalších kroků psychoterapie, jako je navázání vztahu a získání náhledu. Podmínkou pro úspěch je maximální spolupráce všech osob pečujících o dítě (Langmeier, Krejčířová, 2010).



## 5. Specifika psychického vývoje dětí vyrůstajících v instituci

*„Aby mohlo dítě v klidu vyrůst, aby si osvojilo, co si osvojit má, potřebuje uzavřené, stálé prostředí chráněné pře vnějším chaotickým světem, dům nebo byt“ (Matoušek, 1999, s. 20).*

Děti, které jsou vychovávány v institucionální péči, jsou specifickou skupinou jedinců s deprivací zkušeností. V institucionální péči je kladen větší důraz na konformitu, děti zde mají spíše anonymní identitu, neučí se dostatečně samostatnému rozhodování a osobní zodpovědnosti za své chování. Svoboda rozhodování není v instituci podporována. Strategie chování, které jsou zde účelné a užitečné, ztrácejí v jiném prostředí svou hodnotu. Deprivací zkušenost, mění prožívání a chování. Psychicky deprivované děti mají určité společné znaky (Vágnerová, 2008).

Deprivací zkušenost mění postoj k realitě. Hierarchie hodnot těchto dětí je změněná. Vývoj řeči není nikým posilován, chybí emoční odezva od pečující osoby. Důsledkem je chudší slovní zásoba v pozdějším věku a chybné užívání gramatických jevů v mluvené řeči (Vágnerová, 2008).

Následující kapitoly mají za cíl popsat možná specifika psychického vývoje a následky dlouhodobého umístění v institucionální péči v dětství. Jak bylo uvedeno v předchozích částech, projevy a dopady deprivací zkušenosti jsou natolik široké a komplexní, že se dají jen velmi obtížně souhrnně popsat. Tento fakt se také odráží na struktuře této kapitoly. Jedná se o pouhé nastínění této problematiky.

Závěry longitudinální studie, mapující vývoj jedinců vyrůstajících v různých formách náhradní péče od dětství až do období dospělosti přinesly velmi významné závěry pro pochopení celé problematiky (Bubleová, Kovařík, Matějček, 1997).

### 5.1. Partnerské vztahy a sexualita

U jedinců, kteří prožili celé nebo značnou část dětství v ústavní péči, byly zmapované určité specifické rysy týkající se partnerských vztahů a sexuality. Byla zaznamenána výrazná generová diferenciací ve prospěch žen. To je způsobeno absencí mužského

vzoru v prostředí ústavní výchovy. Z toho vyplývá, že pro identifikaci s vlastním pohlavím a pro spokojenost v partnerských vztazích je rozhodující vliv osoby stejného pohlaví (Bubleová, Kovařík, Matějček, 1997).

Muži, kteří dětství strávili v dětském domově, jsou často svobodní nebo rozvedení. Uvádí časté problémy s láskou a v sexuálních vztazích (Bubleová, Kovařík, Matějček, 1997).

Ženy, které strávili dětství v dětském domově, bývají často vdané a mají děti. Často ale mají problémy v milostných vztazích na počátku dospělosti, častěji uvádějí interrupce. „Vletí do každé otevřené náruče“, jsou poddajné a za partnery si vybírají dominantní muže (Bubleová, Kovařík, Matějček, 1997).

## 5.2. Rodičovství

*„Charakter vlastního dětství poznamená budoucí rodičovské postoje natolik, že lze mluvit o tzv. sociální dědičnosti“ (Vágnerová, 1996, s. 7).*

Určitou specifickou skupinou rodičů, kteří selhávají ve své rodičovské roli, jsou jedinci, kteří sami vyrůstali v ústavní péči, pocházejí z dysfunkčních rodin atd. Ve výchově svých dětí se dopouští stejných „chyb“, jakých se dopustili jejich rodiče a vychovatelé. Vytvářejí svým potomkům deprivací situaci. Sice o ně dostatečně pečují ve sféře somatické a materiální, ale ve sféře citové a sociální je jejich počínání naprosto nedostatečné<sup>4</sup> (Koluchová, 1987).

Bylo ale empiricky prokázáno, že z jedinců, kteří vyrůstali v ústavní výchově, se naopak mohou stát velmi dobří rodiče, kteří kladou důraz na kvalitu rodinného života (Bubleová, Kovařík, Matějček, 1997).

## 5.3. Kognitivní vývoj

Kognitivní schopnosti dětí, žijících trvale v ústavní péči, nebývají zcela využívány, a tedy se dostatečně nerozvíjí. Nikdo uspokojivě nedoceňuje jeho aktivity, dítě nemá

---

<sup>4</sup> Koncept psychické subdeprivace

stimulaci k učení. „*Citově deprivované dítě nemá důvod, proč by se snažilo*“ (Vágnerová, 2008, s. 599). Jedinci vyrůstající v institucionální péči mají obecně nižší úroveň vzdělání (Bubleová, Kovařík, Matějček, 1997).

Děti v mladším školním věku, které vyrůstají v instituci, mají horší výsledky IQ testů, než děti vychovávané v běžných rodinách. Prokázalo se, že důležitou roli hraje věk, ve kterém bylo dítě umístěno do instituce. Děti, které se v raném dětství dostali do náhradních rodin, vykazují lepší výsledky (Fox, Almas, Degnan, Nelson, Zeanah, 2011).

Děti, které prošli institucionální péčí, jsou více náchylné k špatnému fungování exekutivních funkcí. Děti, které přešli do náhradní rodiny v raném věku, vykazují lepší výsledky exekutivních funkcí v dospívání, než děti, které se do náhradní rodiny dostaly v mladším školním věku. Tento problém lze však úspěšně eliminovat podpůrnou péčí (Merz, McCall, 2011).

#### **5.4. Emoční vývoj**

Citové prožívání dětí s deprivací zkušeností je charakteristické nápadnou absencí empatie, egocentrismem, emoční plochostí a obtížnou orientací ve vlastních pocitech. Děti jsou nedůvěřivé. Už u dětí v kojeneckém věku je nápadná povrchnost a nediferencovanost emocí (Koluchová, 1987, Vágnerová, 2008)

Pro rozvoj empatie je důležitá role pečující mateřské osoby (Moreno, Klute, Robinson, 2008). Goleman uvádí, že absence této zkušeností v dětství může mít velmi nepříznivé dopady na jedincovu osobnost (Goleman, 2011).

Empatie se za běžných okolností rozvíjí dříve, než dítě dosáhne prvního roku života. V souvislosti vývoje empatie je pro dítě velmi zatěžující absence citového vztahu, sladěnost s pečující osobou (Goleman, 2011).

Na rozvoj emoční inteligence velmi pozitivně působí společný čas trávený s rodiči, a to nějakou činností, jako je hra, apod. kdy jsou rodiče a děti ve společné interakci (Alegre, 2012).

## 5.5. Socializace

Dětem v ústavní péči chybí emočně významná osoba, která by byla průvodcem v sociálním učení. Děti tak nemají vštípené normy chování. Rozvoj sociálních rolí je komplikovaný. Pro tyto děti je obtížné diferencovat, jaké chování je pro kterou konkrétní situaci vhodné a naopak. Už v kojeneckém věku je nápadná nediferencovanost a povrchnost sociálních vztahů. Postrádají vzor, který by jim pomohl orientovat se v sociálních rolích a situacích (Koluchová, 1987; Vágnerová, 2008).

Jedinci, kteří vyrůstali v dětských domovech v dospělosti, vykazovali nízkou sociální kompetenci, sociální integraci a celkovou nespokojenost s dosavadním životním stylem. Objevuje se zde výrazná genderová diferenciaci ve prospěch žen, které jsou lépe sociálně integrované a sociálně adaptované (Bubleová, Kovařík, Matějček, 1997).

## 5.6. Vývoj ekonomického chování

Při osvojování si ekonomického chování a vývoji postojů k financím se ukázalo, že potřebné informace jsou získávány z velké části v rodině. Ovšem případy, kdy se jedinci při tomto procesu řídili převážně vlastními zkušenostmi, nejsou výjimkou (Norvilitis, MacLean, 2010).

Většímu riziku zadlužení jsou vystaveny osoby mladšího věku, jedinci s nedostatkem finančních znalostí a jedinci vykazující nízkou schopnost odkládání uspokojení (Norvilitis, Merwin, Osberg, Roehling, Young, Kamas, 2006).

Jestliže jedinec získá nečekaně nějaký finanční obnos, je spíše pravděpodobné, že ho použije na neplánovaný nákup. Pokud ovšem stejnou částku bude dostávat postupně během delšího časového období, je pravděpodobnější, že si tyto nečekaně nabyté peníze uspoří (Shefrin, Thaler, 1988).

## 5.7. Rozvoj sebepojetí

Vývoj sebepojetí deprivovaných dětí má své zvláštnosti. Objevují se dva protipóly. Prvním je *nerealistické vytahování* (vnímané jako obranný mechanismus) a druhým *výrazné sebepodceňování* (pro tyto děti je přijatelnější identifikace se skupinou a objevuje se negativní anticipace budoucnosti). Specifickým znakem kvalitativně odlišného vývoje sebepojetí je chybné užívání zájmena „já“ (Koluchová, 1987; Vágnerová, 2008).

## 5.8. Resilience

Resilience se obecně popisuje jako schopnost jedince či skupiny zvládat a vyrovnávat se s nepříznivými okolnostmi, vlivy, atp. Jedná se o komplexní výsledek vzájemného působení mezi jedincem (dítětem), rodinou a dalším okolním prostředím. Důležitou informací je, že se jedná o celoživotní proces, který má svou dynamiku. Není zde tedy na místě negativismus, protože může vždy dojít ke zlepšení této schopnosti, psychické odolnosti (Šolcová, 2009).

Faktory, které negativně ovlivňují vývoj resilience, jsou obdobné s těmi faktory, které často doprovázejí nebo zapříčiňují rozvoj psychické deprivace. Na rozvoj resilience pozitivně působí překonání určitých krizových období. Protektivními faktory rozvoje resilience z hlediska dítěte je např. schopnost využívat pozitivních vlivů, které nabízí prostředí, schopnost poutat na sebe pozornost, optimistické nahlížení na negativní události, schopnost využívat nových příležitostí v sociálních vztazích, apod. (Armstrong, Birnie-Lefcovitch, Ungar, 2005; Šolcová, 2009).

Mezi negativními faktory, které působí na rozvoj resilience, patří mimo jiné psychopatologie u některého z rodičů, vývojová psychopatologie, chybějící primární péče v kojeneckém věku, problémy s chováním, problémový sourozenec, dlouhotrvající rodinné neshody, absence jednoho z rodičů, problematická zaměstnanost rodičů a razantní změna výchovného prostředí. Rizikové faktory lze najít v širokém okolí dítěte – v rodině, v širší společnosti, ve které se dítě pohybuje, jako je místo bydliště, celková

charakteristika společnosti, ve které dítě vyrůstá (Armstrong, Birnie-Lefcovitch, Ungar, 2005; Šolcová, 2009).

Důležitým činitelem při formování resilience je rodina. Mezi rizikové faktory v rodinném prostředí patří např. disharmonický vztah mezi rodiči, nízký socioekonomický status a kriminální chování rodičů (Šolcová, 2009).

Jsou popsány rozdíly mezi dětmi s nízkou a vysokou resiliencí. Dají se rozdělit do tří skupin protektivních faktorů. Jednak jsou to individuální kognitivní kapacity a vyšší úroveň sociabilního jednání. Za druhé jsou to pozitivní vazby s dospělými. Třetí skupinou je schopnost využívat školního prostředí a jiných pravidelně navštěvovaných skupin, jako osobní podpory (Šolcová, 2009).

## 5.9. Výskyt psychopatologie a sociální patologie

*„Dopad žádné negativní události v dětském životě na pozdější dospělý život nelze předikovat“ (Šolcová, 2009, s. 18).*

Deprivační zkušenost může v součinnosti s dalšími negativními faktory zapříčinit rozvoj některých psychopatologických a sociopatologických rysů. Časná zkušenost s institucionální péčí může dlouhodobým rizikovým faktorem zdravotních a psychologických problémů i mnoho let po přechodu do náhradní rodiny (Wiik et al., 2011).

Studie potvrzují signifikantní genderovou diferenciaci při výskytu psychopatologických rysů u jedinců s institucionální výchovou v anamnéze, a to v neprospěch chlapců. Zdá se, že dívky jsou odolnější vůči těmto vlivům a důležité také je, že dokážou lépe těžit z poskytované péče (Bos, Zeanah, Fox, Drury, McLaughlin, Nelson, 2011).

Psychická deprivace je jedním z činitelů *poruch chování v dětství*.<sup>5</sup> Podle MKN10 se poruchy chování v dětství dělí na socializované (vazby v rodině i mimo ni) a nesocializované. Terapie závažných poruch chování zejména u starších dětí nemívá příliš dobrou prognózu (Krejčířová, 2006).

---

<sup>5</sup> Dalšími činiteli jsou 1. potřeba náhradního uspokojení, 2. disharmonický vývoj osobnosti, 3. volání o pomoc, 4. projev jiné závažné psychologické poruchy (Krejčířová, 2006).

Důsledky psychické deprivace, jako je slabší sociální kompetence, slabší školní úspěch, emoční nezralost, snížené sebehodnocení a nedostatečná interiorizace morálních norem může vést k *agresivitě u dětí* (Toužimská, 2006). Dlouhodobým problémem institucionální péče jsou *útěky dětí ze zařízení* (Gjuričová, 2008).

Výchovná zanedbanost a psychická deprivace jsou rizikovými faktory pro rozvoj *kriminálního chování* (Vágnerová, 2008). Dřívější výzkumy ukázaly, že muži, kteří vyrůstali v dětských domovech, byli také často v rejstříku trestů (Bubleová, Kovařík, Matějček, 1997). Více jak polovina dětí z ústavní péče měla zkušenost s pácháním trestné činnosti už v době jejich pobytu v ústavu. Nižší počet dětí se dopustilo trestné činnosti až po skončení institucionální péče (Gjuričová, 2008).

V extrémních případech může být psychická deprivace jedním z činitelů (společně s disharmonickým vývojem osobnosti) rozvoje *asociální poruchy osobnosti* v dospělosti (Krejčířová, 2006).

Vágnerová uvádí sociální deprivaci a dysfunkční rodinu (citová neakceptace dítěte) jako sociální faktory vzniku *závislosti na psychoaktivních látkách* (Vágnerová, 2008).

Snížená schopnost empatie, agresivita, zvýšená potřeba nových podnětů, nižší odolnost frustraci, nedostatek uspokojivých mezilidských vztahů, zhoršená schopnost akceptovat oddálení uspokojení jsou rizikovým faktorem při vzniku *návykových a rizikových poruch* (Vágnerová, 2008).

Psychická deprivace a její důsledky vedou ke snížení věrohodnosti výpovědi dítěte při vyšetřování trestného činu (Šebek, 2006).

Mezi bezdomovci je vysoké procento jedinců, kteří v dětství vyrůstali v ústavní péči (dětský domov, výchovný ústav, ale také psychiatrická léčebna). Tito lidé také velmi často pochází z dysfunkční rodiny (Vágnerová, 2008).

## 6. Některá specifika pobytu v instituci

Matoušek uvádí tři základní funkce ústavů. Za prvé je to *podpora a péče* (tato funkce převládá v zařízeních určených dětem a seniorům), za druhé je to *léčba, výchova a re-socializace* (zdravotnická, léčebná a rehabilitační zařízení, výchovné ústavy) a za třetí *omezení, vyloučení, represe* (vězení, z části psychiatrické léčebny). Každý ústav má tyto tři funkce (Matoušek, 1999).

*„Klient se většinou pohybuje v prostoru ústavu a jeho blízkého okolí. Nachází se v redukovaném světě s redukovanými odpovědnostmi, než v komplexním, nepřehledném vnějším světě“* (Matoušek, 1999, s. 118).

Kvalitě života v ústavu může výrazně pomoci nebo naopak uškodit vztah ústavu a jeho širšího okolí (obec, ve které se nachází). Zaměstnanci ústavu bývají většinou z tohoto místa. Ústavy bývají zřizované na bývalých zámcích, bývalých nemocnicích, klášterech, atp. Pokud se jedná o chráněný objekt, není možné do této stavby příliš zasahovat (Matoušek, 1999).

Ústavy mají tendenci byrokratizace. Omezují klientovo soukromí a redukují jeho teritorium. Objevují se bariéry (prostorové) mezi personálem a klienty (Matoušek, 1999).

Klienti (děti) mají minimální podíl na programu, který se v ústavu odehrává. Přitom ale platí, že taková spoluúčast na provozu a dění v ústavu, je pro ně velmi přínosná a přirozená (Matoušek, 1999).

### 6.1. Osobnost vychovatele v institucionální péči

*„V dětských domovech je vliv lidského činitele patrný více než v jiných oblastech výchovné práce“* (Koluchová, 1987, s. 35).

Na práci vychovatele/pečovatele lze nahlížet spíše jako na semiprofesi. Kvalitní pracovník působící v oblasti výchovy a vzdělávání nevzniká absolvováním příslušného studijního oboru na střední odborné škole nebo vysoké škole (Sekera, 2009).



Ve všech formách institucionální péče pečuje skupina profesionálů o klienty ústavu. Vztah mezi pečovateli a klienty je v kvalitě péče zásadní, přitom ale zvláštní. Pro pečovatele je toto místo zaměstnáním a pro klienty dočasným nebo trvalým domovem. To je zásadní problém institucionální péče. Obě strany tak mohou mít nekomplementární potřeby a očekávání (Matoušek, 1999).

V dětských domovech i kojeneckých ústavech naprosto převažuje ženský element (ne mateřský!) v osobě pečovatele. To se projevuje při formování generové identity ve prospěch dívek, jak už bylo popsáno v jedné z předcházejících kapitol (Bubleová, Kovařík, Matějček, 1997).

Podle Škoviery existuje šest typů očekávání, které mají vliv na osobnost vychovatele. Prvním typem je pohled vychovatele, jeho seberealizace. Druhý typ očekávání přináší vedení konkrétního zařízení, které může být v úplném rozporu s očekáváním vychovatele. Třetí typ očekávání je ze strany zřizovatele zařízení, který může požadovat od zaměstnanců spíše nižší vzdělání, protože tak budou levnější pracovní silou. Čtvrtý typ očekávání je ze strany dětí (klientů), u kterých velmi záleží na jejich věku (starší děti a dospívající neočekávají a nechtějí od vychovatele, aby byl jejich náhradním rodičem). Pátý typ očekávání vychází od ostatního personálu, který očekává univerzálnost ze strany vychovatelů při plnění jiných pracovních úkonů než je přímá práce s dětmi. Šestý typ očekávání vychází od rodičů dětí, které jsou v zařízení a odvíjí se od jejich akceptace k umístění dítěte do zařízení ústavní výchovy (Sekera, 2009).

Hlavními činnostmi vychovatelů působících v ústavních zařízeních jsou podle Sekery výchova a vzdělávání, starost a péče, dohled, terapie, diagnostika, reedukace a resocializace dětí a mládeže. Sekera uvádí, že vychovatelé v těchto zařízeních tráví zbytečně mnoho času technickými činnostmi, administrativou, atp. Tento čas by bylo rozhodně vhodnější věnovat a trávit s dětmi (Sekera, 2009).

Pro personál je velmi důležitý systém vzdělávání, školení a supervize. Matoušek doporučuje jako prevenci před syndromem vyhoření *bálintovské skupiny*. Zde by měl být bezpečný prostor pro analýzu emočních reakcí pracovníka na své svěřence, jejich zpracování a porozumění jejich podstatě. V jedné skupině nesmí být blízcí spolupracovníci (Matoušek, 1999).

## 6.2. Podpora dětí dlouhodobě vyrůstajících v institucionální péči

Existují určité záchytné body v životě jedince, kdy je možné výrazně zkvalitnit jeho dosavadní psychický vývoj. Platí to pro jedince s deprivací zkušeností, ale tyto body jsou uvedeny i jako záchytné body pro zlepšení resilience (Bubleová, Kovařík, Matějček, 1997; Šolcová, 2009).

Jako první se nabízí rozvoj intelektových schopností dítěte, kdy je možné jeho potenciál rozvíjet mimoškolními aktivitami a využívat a podporovat jeho zájem o získávání nových vědomostí. Druhou oblastí je uplatnění individuálních schopností při sportovních aktivitách a směřovat tak dítě k zlepšování fyzické zdatnosti, rozvíjet tímto způsobem obratnost a soutěživost. Třetí oblastí, kdy je možné podpořit jedince a dopomoci mu k následnému zlepšení, je výběr budoucího zaměstnání, které odpovídá zájmům a schopnostem dítěte. Čtvrtou oblastí je období dospívání a navazování intimních erotických vztahů. Jedinci jsou v této oblasti pochopitelně velmi zranitelní a kladným faktorem by zde jistě byla možnost otevřeného rozhovoru s dospělou osobou. Pátou oblastí je probuzení rodičovského zájmu po narození vlastního dítěte (Bubleová, Kovařík, Matějček, 1997).

V tom, že při podpůrné práci s ohroženými dětmi nelze opomenout určité specifické prvky se shoduje více autorů. Svůj význam jistě má chování domácích zvířat. Děti se prostřednictvím chování domácího zvířete mohou lépe naučit komunikaci, empatii, pečování o někoho druhého, důvěře, odpovědnosti, atd. To je ostatně využíváno mnoha terapeutickými školami<sup>6</sup>. Autoři též zmiňují význam pohybových aktivit, vedení dětí ke sportování, pobyty v přírodě, apod. Podpora zájmů a koníčků dítěte je velmi důležitá (Matoušek, 1999; Šolcová, 2009).

Důležitou roli hraje školní prostředí. Škola sice nemůže mít ambice nahrazovat rodinu, ale má možnost jí vhodně v některých oblastech doplnit a nabídnout tak dítěti prostředí, ve kterém alespoň z části saturuje své potřeby. Škola by měla mimo jiné poskytovat dětem stabilitu, podporovat soudržnost sociální skupiny a navazování sociálních kontaktů. Školní prostředí by mělo být stimulující a podporující. Měli by zde působit dospělí (nejen pedagogové), kteří dětem dávají najevo svůj zájem (Šolcová,

---

<sup>6</sup> například canisterapie, hipoterapie, atd.

2009). Může být tedy velmi problematické, pokud není dítě z institucionální péče akceptováno ze strany spolužáků, učitelů, případně rodičů dětí (Matoušek, 1999).

## 7. Návrat dítěte do původní rodiny

Resocializační práce s rodinami, jejichž děti byly umístěny do institucionální péče, je nedostatečná. Tato práce by měla směřovat k co nejrychlejšímu a nejbezpečnějšímu návratu dítěte zpět do rodiny. Tento fakt je problematický zejména u dětí, které byly umístěny do náhradní institucionální péče z existenciálních důvodů (Gjuričová, 2008).

### 7.1. Problematika spolupráce s původní rodinou

Rodiče, kteří jsou k psychoterapii nuceni pod hrozbou odebrání dítěte, jsou často pasivní nebo kladou i aktivní odpor. Podaří-li se ale rodiče zapojit, pak je možné většinu rodin zachovat bez rizika dalšího ohrožení dítěte (Krejčířová, 2006).

*„Aby byl vytvořen předpoklad pro další terapeutickou práci, je nezbytné vést rozhovor s rodiči velmi citlivě, podporujícím a neohrožujícím způsobem, v případě popírání viny jim ovšem vysvětlit i rizika možného trvalého tělesného nebo psychického postižení dítěte, eventuálně i jejich úmrtí. Po celou dobu rozhovoru však rodiče musí cítit, že jde o snahu jim pomoci, odborníci sami si musí být vědomi toho, že mnozí z týrajících rodičů mají o své děti zájem, mají je rádi a sami poruchou trpí“* (Krejčířová, 2006, s. 300).

Matoušek uvádí, že existují ústavy, které nabízejí programy pro rodiče, kteří mají problémy se svou rodičovskou rolí (Matoušek, 1999). Krejčířová navrhuje jako alternativu pro ohrožené rodiny existenci krizových lůžek pro děti, kde mohou být dočasně umístěny tehdy, začínají-li rodiče cítit, že přestávají zvládat situaci v rodině (Krejčířová, 2006). Fond ohrožených dětí už v roce 2011 navrhoval zřízení chráněného sociálního bydlení pro rodiny, ve kterých mají rodiče snížené rodičovské kompetence. S návrhem ale neuspěl (Fond ohrožených dětí, 2011).

V závislosti na konkrétních potřebách konkrétní rodiny lze postupovat různě. Na místě je zde rodinná psychoterapie, párová psychoterapie, individuální psychoterapie s dospělým členem rodiny nebo individuální psychoterapie s dítětem. Případně kombinace těchto přístupů (Matoušek, Pazlarová, 2010).

## 8. Přechod dítěte do rodiny náhradní

V ČR existují dvě základní formy náhradní rodinné péče. Jednak osvojení (adopce) a druhou formou je pěstounská péče. Po uvedení novely o sociálně-právní ochraně dětí v roce 2013 vznikla alternativní forma náhradní rodinné péče, a to pěstounská péče na přechodnou dobu<sup>7</sup>. V této kapitole uvedu základní charakteristiky jednotlivých forem NRP a jejich možná úskalí.

### 8.1. Formy náhradní rodinné péče v ČR

**Osvojením** vzniká mezi dítětem a osvojitelem z právního hlediska stejný vztah, jako je mezi biologickými rodiči a dětmi. Osvojitelé se stávají zákonnými zástupci dítěte. Práva a povinnosti mezi osvojovaným dítětem a jeho původní rodinou osvojením zanikají. Osvojiteli se může stát manželský pár, manželka nebo manžel biologického rodiče dítěte, nebo jednotlivec. Osvojit lze pouze dítě nezletilé a mezi osvojitelem a osvojovaným dítětem musí být přiměřený věkový rozdíl. Aby mohlo dojít k osvojení, dítě musí být tzv. „právně volné“. To znamená, že je nutný souhlas jeho zákonného zástupce (nejčastěji biologického rodiče). V případě, že jeho zákonný zástupce o dítě nejeví zájem po dobu minimálně šesti měsíců, jeho souhlas k osvojení není třeba. Tento souhlas není potřeba také v případech, kdy o dítě nejeví jeho rodina zájem po dobu minimálně dvou měsíců po jeho narození<sup>8</sup>. Pokud dítě nemá rodiče, přidělí mu soud opatrovníka<sup>9</sup>. Jednou z dalších podmínek je tzv. *předadopční péče*, kdy o dítě pečují jeho budoucí osvojitelé ve své domácnosti na vlastní náklady a to po dobu nejméně tří měsíců (Bubleová, 2002).

V ČR existují **tři formy osvojení**. Je to osvojení *zrušitelné*, *nezrušitelné* a *mezinárodní* (osvojení dítěte z ciziny nebo do ciziny). Při osvojení nezrušitelném dochází k přepisu rodného listu dítěte a v matrice jsou namísto původních rodičů vepsáni osvojitelé.

---

<sup>7</sup> Maximální doba pobytu dítěte v rodině je jeden rok.

<sup>8</sup> oba případy se označují jako „kvalifikovaný nezájem“ (Bubleová, 2002).

<sup>9</sup> Opatrovník je dítěti ustanoven např. při řízení o osvojení. Opatrovník vykonává pouze některá rodičovská práva stanovená soudním rozhodnutím – není však zákonným zástupcem dítěte (Bubleová, 2002).

Zaniká tak formální zmínka, že se dítě stalo členem rodiny osvojením. Takto lze osvojit dítě do jednoho roku (Bubleová, 2002).

Přijetím dítěte do **pěstounské péče** nevzniká mezi pěstouny a dítětem příbuzenský vztah. Rozhodujícím činitelem je zde z právního hlediska zájem dítěte. Pěstouni se nestávají zákonnými zástupci dítěte. V praxi se rozlišuje *individuální pěstounská péče* (většinou prarodiče nebo jiní příbuzní) a *skupinová pěstounská péče* (velké pěstounské rodiny, které přijímají do péče 4 až 6 dětí, např. skupinu sourozenců). Dalším zařízením jsou *SOS dětské vesničky*, kde o děti pečuje matka pěstounka o šest a více dětí různého věku a pohlaví (např. skupina sourozenců) v samostatném domku. Skupina 10 – 12 domků představuje vesničku. Pěstounská péče zaniká dosažením zletilosti dítěte případně může být zrušena rozhodnutím soudu (Bubleová, 2002).

## **8.2. Problematika umístění dítěte do náhradní rodinné péče ze strany náhradních rodičů**

Žadatelé o náhradní rodinnou péči nemají ucelenou představu o tom, jaké děti jsou určeny do osvojení či pěstounské péče a v souvislosti s tímto nevědomím si na ně pak v dotaznících kladou příliš vysoké požadavky, které následně realizaci náhradní rodinné péče značně zpomalí nebo úplně znemožní (Štochová, Kozlová, 2008).

V současné době není v ČR umožňována náhradní rodinná péče homosexuálním pářům. Registrované partnerství bylo uzákoněno roku 2006, tento zákon se ale nevztahuje na rodinné právo<sup>10</sup> (Sedláčková, Šulová, 2011).

Žadatelé o náhradní rodinnou péči by měli být k tomuto kroku osobně motivovaní. Je od nich požadováno, aby měli stálé zaměstnání a byli schopni finančně a materiálně zajistit přijaté dítě (děti). Jejich pracovní vytíženost by jim neměla bránit v péči o děti a rozvoj rodinného života. Je nezbytné, aby budoucí náhradní rodiče byli schopni dítěti zajistit odpovídající kvalitu bydlení (vlastní pokoj, atp.). Od žadatelů je vyžadován čistý trestní rejstřík. Budoucí osvojitelé či pěstouni musí být fyzicky i psychicky schopni vychovávat dítě. Mezi přijatým dítětem (dětmi) a náhradními rodiči musí být

---

<sup>10</sup> Přesto však reálně existují rodiny s homosexuálními rodiči (Sedláčková, Šulová, 2011).

odpovídající věkový rozdíl. Obecně se dává přednost těm žadatelům, kteří setrvávají ve stabilním, zralém a trvalém manželském svazku, jejich vzájemná očekávání jsou ve shodě a celkově je jejich vztah bezproblémový. Od žadatelů je nutné očekávat, aby byli schopni přijmout dítě „takové, jaké je“. Obzvláště v prvních fázích přechodu dítěte do náhradní rodiny je ze strany rodičů nutná tolerance, flexibilita, laskavost, otevřenost, nekritičnost, atd. Je vhodné, pokud jsou náhradní rodiče ochotní přijímat rady od osob zkušenějších a pokud jsou ochotni spolupracovat s odborníky (Bubleová, 2002).

### **8.3. Problematika umístění dítěte do náhradní rodinné péče ze strany přijímaného dítěte**

Při **osvojení** bývají většinou osvojované děti v raném věku, u kterých je predikován méně problémový zdravotní a psychosociální vývoj (Bubleová, 2002). Nejúspěšnější je osvojení dětí do jednoho roku věku, bez etnické odlišnosti a s dobrým zdravotním stavem (Štochová & Kozlová, 2008).

**Pěstounská péče** je vhodná a také určení spíše pro děti, které vyžadují častější péči, jsou opuštěné, je pro ně nejvhodnějším řešením právě dlouhodobá výchova v náhradní rodině. Děti mívají určitě specifické obtíže. Jedná se také často o skupiny sourozenců a o děti s etnickou odlišností. Pro pěstounskou péči jsou též vhodné děti, kterým v osvojení brání právní otázky (Bubleová, 2002). Děti staršího (školního) věku, s etnickou odlišností a se specifickými potřebami, se snáze dostávají do pěstounské péče (Štochová & Kozlová, 2008).

Je-li dítě ve věku, kdy je schopno vyjádřit se k pěstounské péči či adopci, má být přihlédnuto k jeho názoru (Bubleová, 2002).

### **8.4. Problematika následné spolupráce s náhradní rodinou**

Přechodem dítěte do náhradní rodinné péče často dochází k jeho spontánnímu zlepšování ve všech oblastech psychosociálního vývoje. Tento ukazatel je výrazný zejmé-

na v prvním roce po umístění dítěte do náhradní rodiny a výraznější je u mladších dětí. Dochází ke zlepšení kognitivních schopností, k zlepšení prospěchu ve škole, čímž je dítě dál motivováno k dalšímu snažení – má se pro koho učit (Sobotková, 1994; Bubleová, 2002).

Riziko tohoto zlepšení spočívá v možném přesvědčení náhradních rodičů, kteří pod vlivem tohoto zlepšení začnou doufat nebo očekávat vyrovnání stavu dítěte až k normě. Toto zlepšení ale nemůže predikovat úplné zlepšení a dohnání všech složek psychosociálního vývoje a je třeba brát na vědomí individuální dispozice (kognitivní, osobnostní, atd.) konkrétního dítěte (Bubleová, 2002).

Právě zde je důležitá role psychologa, jehož úkolem na tomto místě je jednak diagnostika dítěte a zjištění do jaké míry je jeho stav zapříčiněn psychickou deprivací a druhým úkolem je edukace rodičů ve smyslu usměrňování jejich očekávání, seznámení s dalším pravděpodobným vývojem, nápomoc při akceptaci dítěte, porozumění jeho potřebám (větší potřeba tělesného kontaktu v raném dětství, výrazná hravost; viz psychoterapie psychicky deprivovaných jedinců), atp. (Bubleová, 2002).

Stav dětí, které přicházejí do náhradních rodin s derivační zkušeností, se zpravidla plně upravuje do dvou, maximálně tří let po umístění do náhradní rodiny, a to ve všech oblastech psychosociálního vývoje. Zlepšují se kognitivní schopnosti, vyrovnává se řeč (po obsahové i formální stránce), zkvalitňuje se sociální integrace, atd. (Koluchová, 1987).

Ve studii mapující vztahy v pěstounských rodinách po uplynutí čtyř let po přijetí dítěte do rodiny se ukázalo, že v rodině funguje sounáležitost a jednotliví členové rodinné vztahy hodnotili pozitivně. Mimo to se také ukázalo, že děti umístěné v pěstounských rodinách, stále cítí určitou sounáležitost a propojenost se svojí biologickou rodinou (Christiansen, Havnen, Havik, Anderssen, 2013).



## 9. Problematika jedinců, kteří opouštějí instituci po dosažení zletilosti (raná dospělost)

Klient se po propuštění ocitá ve vztahovém a existenciálním vakuu. Ústavy většinou neudržují kontakt se svými svěřenci po jejich ukončení pobytu (Matoušek, 1999).

*„V ČR neexistuje státem garantovaná následná podpora mladých lidí po odchodu z institucionální péče, která by jim usnadnila bezkonfliktní integraci do normálního dospělého života“ (Gjuričová, 2008, s. 26).*

Andersson rozdělil mladé dospělé (20 – 25 let) se zkušeností s náhradní péčí (pěstounskou i institucionální) do tří skupin. První skupinu tvoří jedinci, kteří jsou dobře sociálně přizpůsobení. Druhou skupinu tvoří jedinci, kteří jsou středně dobře sociálně přizpůsobení. Třetí skupinu tvoří jedinci, kteří projevují antisociální chování a mají sociopatologické rysy (užívání psychoaktivních látek, kriminalita). Ve třetí skupině se nenachází jedinci z náhradní rodinné péče (Andersson, 2005).

Hlavním důvodem, proč mladí lidé selhávají v běžném životě po odchodu z ústavní péče, je jejich nedostatečná připravenost a neschopnost přizpůsobit se běžnému životu mimo ústav. V ČR existují pomáhající organizace, které soustředí svou pomoc k těmto lidem (domy na půli cesty). Kvalita poskytování jejich služeb je ale někdy nedostatečná (Gjuričová, 2008).

*„Umělé ústavní podmínky jsou doprovázeny snižující se schopností adaptace na „civilní“ život. V ústavu mívá klient plné zaopatření, někdo pro něj vaří, někdo se stará o jeho finance, někdo topí, někdo mu organizuje práci, někdo vytváří příležitosti k mimopracovním aktivitám, někdo mu pere, někdo žehlí, někdo obstarává předměty potřebné k životu, atd.“ (Matoušek, 1999, 36).*

## **10. Specifická témata související s otázkou náhradní péče o děti**

### **10.1. Problematika dětí s etnickou odlišností**

Z historických pramenů je známo, že se tato etnická skupina vždy odlišovala od majority a ve společnosti měla vždy nízké sociální postavení. K závažným změnám došlo po roce 1945, kdy většina českých Romů zahynula v koncentračních táborech. Po válce přišli do Čech slovenští Romové, kteří byli méně přizpůsobiví. Vzhledem k rozvoji společnosti ztratila původní romská řemesla svůj význam a jejich práci nikdo nepotřeboval. Dnešní životní styl Romů se velmi odlišuje od původních tradic této skupiny. Důsledkem byla sociální izolace a její vyloučení na okraj společnosti. Situace, která takto vznikla před více jak půl stoletím má svým způsobem dopady do dnes (Šulová, Dunovský, 1999; Vágnerová, 2008).

Systém sociálního zaopatření podporuje naučenou bezmocnost Romů. Návyk nepracovat a využívat sociální dávky se možná stane životním stylem dalších generací. Nezaměstnanost vede ke ztrátě pracovních návyků, snižuje se tím sociální status a prohlubuje izolace od společnosti. Tento komplexní problém zapříčiňuje závažné konflikty mezi Romskou subkulturou a majoritní společností. Fixace nesamostatnosti Romů je velmi silná (Šulová, Dunovský, 1999; Vágnerová, 2008).

Problémy romské subkultury částečně vyplývají z dodržování pravidel romského etnika. Majorita je k Romům netolerantní, protože je přesvědčena, že jim chybí snaha akceptovat alespoň základní pravidla společenského soužití. Vede to až k averzi vůči tomuto etniku. V ČR jsou Romové nejčastější obětí rasově motivovaného útoku. Tento fakt se odráží i na specifické socializaci romských dětí. I ty se stávají oběťmi rasových útoků a je tedy pravděpodobné, že se to odráží na jejich psychickém vývoji. Přetrvávající strach, izolace od společnosti, atd. se odráží na vývoji dětského sebepojetí a formování osobnosti obecně (Šulová, Dunovský, 1999; Vágnerová, 2008).

Počet romských dětí v náhradní péči je velmi vysoký. Důvodem je častější nezájem rodičů o své děti, velmi slabé rodičovské kompetence. Za tento specifický problém byla ČR v minulosti kritizována v Výborem pro práva dítěte (Šulová, Dunovský, 1999;

Matoušek, Pazlarová, Šabatová, 2008). Častým jevem u romských rodičů je odkládání dětí do ústavní péče a zároveň bránění jejich umístění do náhradní rodiny (Šulová, Dunovský, 1999). „*Občas však toto „odkládání“ je jen projevem jakési absurdní vychytralosti a děti jsou ponechány v péči státu jen na dobu určitou a v době dosažení jistého věku opět rodinami Romů „vyzvedávány“*“ (Šulová, Dunovský, 1999, s. 195). Pro děti s etnickou odlišností je velmi obtížné, ne-li nemožné najít náhradní rodinu (Štochová, Kozlová, 2008).

Škola je Romy chápána spíše jako represivní instituce. Nemají v takovou instituci důvěru. Romské děti ve škole nezískávají schopnosti a dovednosti, které by byly ceněny tímto etnikem. I když by si Romští rodiče přáli dobrý školní prospěch svých dětí, nejsou vybaveni k tomu, aby je v tomto úsilí dokázali systematicky vést. Dítě ve škole často poprvé pochopí své postavení ve společnosti. U romských dětí je častá neznalost jazyka majoritní společnosti. Nemá mnoho důvodů k tomu, aby se ve škole cítilo dobře. Je typické, že romské děti vytváří ve škole skupiny mimo školní třídu a separují se tak od ostatních žáků ve škole (Vágnerová, 2008). „*Romské děti propadají 14x častěji oproti ostatním dětem, 30x častěji dokončují povinnou školní docházku v nižším než závěrečném ročníku a 28x častěji jsou převáděny do zvláštních škol*“ (Šulová, Dunovský, 1999, s. 191).

## 10.2. Problematika dětí se specifickými potřebami

Handicapované děti (nezáleží příliš na konkrétním typu handicapu – mentální retardace, smyslová postižení,...) jsou více ohrožené vztahovou patologií, týráním zneužíváním, zanedbáváním, psychickou deprivací, apod. Pro pečující osobu jsou obtížně čitelné, srozumitelné a málo odměňující (Krejčířová, 2001; 2006; Vágnerová, 2008).

Pro děti se zdravotním postižením je velmi obtížné až nemožné najít náhradní rodinu (Štochová, Kozlová, 2008).

## 11. Návrh výzkumného projektu

Tato část práce je věnována návrhu výzkumného projektu, který navazuje na předchozí teoretickou část. Návrh výzkumného projektu se bude tedy týkat problematiky dětí vyrůstajících dlouhodobě mimo svou rodinu – v ústavní péči. Posloupnost, s jakou je návrh výzkumu představen, je sestavená podle doporučení Miloslava Dismana (Disman, 2002).

### 11.1. Obecná formulace výzkumného problému

Výzkumným záměrem je hledání *souvislosti mezi ekonomickým chováním adolescentů a jejich dlouhodobým pobytem mimo vlastní rodinu*. Sledovanými skupinami jsou vybraná zařízení pro ústavní a ochrannou výchovu, velké pěstounské rodiny a běžné rodiny.

Důvodem výběru těchto zařízení je jejich odlišnost v obecném způsobu jejich fungování a celkovému přístupu k práci s dětmi a dospívajícími, z čehož vyplývají i rozdílné výchovné a vzdělávací přístupy ke správě financí. V dětských domovech dostávají děti kapesné podle věku, tabulkově. Oproti tomu v pěstounských rodinách je tato zodpovědnost plně na pěstunech, podobně jako v běžných rodinách.

K výběru tohoto tématu mě motivovalo několik věcí. Jednak jsem při psaní této práce nenarazila na český zdroj, který by mapoval tuto problematiku. Přitom se ovšem domnívám, že děti vyrůstající dlouhodobě mimo běžný rodinný systém, jsou mimo jiné velmi ohroženy nedostatečným nebo chybějícím vedením při zacházení s penězi. Následky, které tento nedostatek může mít v dalších následujících životních etapách, mohou být velmi problematické. Dalším důvodem je můj osobní zájem o toto téma. Ekonomický aspekt psychosociálního vývoje dětí je dle mého názoru zajímavé téma, které není v Čechách podrobně zmapované, a domnívám se, že bývá často psychology opomíjené.

## **11.2. Formulace pracovních hypotéz**

1. Dlouhodobý pobyt mimo běžný rodinný systém (ústavní péče) od raného dětství negativně ovlivňuje ekonomické chování a postoje k utrácení a spoření.
2. Ekonomické chování a postoje k utrácení a spoření jedinců, kteří od raného dětství vyrůstají v pěstounské péči, jsou signifikantně méně problematické, než u adolescentů vyrůstajících v ústavní péči.
3. Na ekonomické chování a postoje k utrácení a spoření jedinců ze sledovaných skupin nemá vliv jejich vzdělání.
4. Rozdíl mezi ekonomickým chováním a ekonomických postoji u chlapců a u dívek se liší v aspektech utrácení (za co utrácí).

## **11.3. Požadavky na složení výzkumného vzorku**

Výzkum je zaměřený na adolescenty, kteří dlouhodobě pobývají v dětských domovech a v pěstounských rodinách. Věková skupina respondentů je tedy 12 – 18 let. Je žádoucí, aby ve výzkumném vzorku bylo přibližně stejné zastoupení chlapců a dívek. Počet respondentů v jednotlivých sledovaných skupinách by měl být přibližně stejný (150 – 200 respondentů v každé skupině), s přibližně stejným věkovým rozložením. K vybraným respondentům z těchto zařízení by probíhal párový výběr adolescentů, kteří žijí od narození ve svých biologických rodinách.

Důležitým ukazatelem pro sledovanou problematiku je dosavadní vzdělání respondentů a průměr jejich současného studijního hodnocení (poslední vysvědčení).

Zařazení jedince do výzkumného souboru by bylo podmíněno dobou, kdy vstoupil do zařízení ústavní výchovy nebo pěstounské péče, a to v období předškolního věku, maximálně v nižších ročnících 1. stupně povinného vzdělávání (do 2. třídy).

Dalším kritériem pro zařazení jedinců do výzkumného vzorku je získání informovaného souhlasu.

## **11.4. Metody sběru dat a stanovení standardů pro jejich získávání**

Vedle obecných demografických údajů (věk, pohlaví, vzdělání) je pro přesný obraz výsledků potřeba zajistit další informace o adolescentech. Je to zejména jejich studijní průměr. Dále získání rodinné a osobní anamnézy, které by v celém výzkumu měli doplňující úlohu a sloužily by jako dokreslující informace o respondentech. Dále je to informace o délce jejich pobytu v zařízení. Tyto informace by byly součástí jakéhosi úvodního seznámení a k jejich získání by měl dopomoci buď odpovědný pracovník zařízení, pěstouni nebo biologičtí rodiče.

### **Výběr standardizované diagnostické metody**

Při hledání vhodné metody pro získání potřebných dat jsem bohužel nenašla adekvátní metodu zpracovanou pro české prostředí. Rozhodla jsem se tedy pro použití zahraniční metody. Jedná se o dotazník mapující ekonomické chování a postoje k utrácení a spoření u adolescentů (Spending and Saving Attitudes and Behaviors Questionnaire). Autorem metody je Adrian Furnham (1999). Dotazník byl sestaven na základě výzkumné studie a jeho konečná verze byla upravována po vyhodnocení pilotní studie (Furnham, 1999).

Samozřejmě při aplikaci na české prostředí by byla nutná jeho úprava, přesto se ale domnívám, že tato metoda je pro účely tohoto návrhu velmi vhodná. Aplikace tohoto dotazníku na podmínky naší kultury by byla realizovatelná.

Dotazník zjišťuje, jestli má respondent pravidelný zdroj financí a jakým způsobem je získává (brigáda, kapesné, apod.). Zjišťuje, jestli má respondent bankovní účet, jakým způsobem a jak často využívá běžné bankovní služby. Mapuje, zda si respondent spoří peníze a jaké cesty k tomu využívá (uchovávání peněz u rodičů, spořicí účet, schovávání hotovosti, atd.). Dále mapuje objekty, za které respondent utrácí (cukrovinky, sport, kultura, ale také utrácení za cigarety, alkoholické nápoje a hraní na automatech). Celý dotazník je k nahlédnutí v příloze.

## Další požadavky pro sběr dat

Vzhledem k tomu, že při takovém typu práce se nepracuje přímo s citlivými osobními údaji a charakteristikami jedince, nepovažuji vyložení za nutné, aby sběr dat probíhal vždy v dyadickém uspořádání respondent - výzkumník. Dotazník je vyplňován vždy a výhradně individuálně, v žádném případě není možná skupinová spolupráce. Výzkumník zde slouží pouze jako průvodce vyplňováním dotazníku a jeho úkolem je případné doplňování informací při neporozumění otázce.

Považuji za nutné upozornit respondenty na jejich anonymitu a na vyloučení poskytnutí dotazníku třetí osobě. Prvním důvodem je, že se jedná o určitou formu osobních informací, které z toho principu nemají být šířeny. Druhým důvodem jsou některé pokládané otázky. Konkrétně zjišťování jestli respondenti utrací za cigarety, alkohol a hraní na automatech.

### 11.5. Metody zpracování a analýzy dat

Při zpracování výsledků je na prvním místě vyhodnocení vyplněných dotazníků dle metodických pokynů autora dotazníku.

Souvislost mezi sledovanými jevy je zde vyhodnocena pomocí *Pearsonova korelačního koeficientu*, protože všechny proměnné, se kterými se zde pracuje, mají kvantitativní charakter nebo se dají snadno překódovat na numerická data. Pro zjištění, zda jsou ekonomické chování a ekonomické postoje odlišné od adolescentů z dětských domovů adolescentů z běžných rodin použijeme *dvouvýběrový t-test*.

K ověření první hypotézy je potřeba srovnat výsledky mezi adolescenty z dětských domovů a adolescenty z běžných rodin. Pro tento krok je použit *dvouvýběrový t-test*.

K ověření druhé hypotézy je nutné vypočítat souvislost mezi dobou pobytu mimo běžný rodinný systém a výsledky dotazníku u adolescentů z ústavní péče. K tomuto kroku je použit *Pearsonův korelační koeficient*.

K ověření třetí hypotézy je potřeba vypočítat korelaci mezi současným studijním průměrem a výsledky dotazníku respondentů. K tomuto kroku je použit opět *Pearsonův korelační koeficient*.

K ověření čtvrté hypotézy je nutné porovnat výsledky dotazníků u dívek a u chlapců. K tomuto kroku je použit dvouvýběrový t-test.

Data jsou zpracována za pomoci programu Microsoft Excel, případně SPSS pokud je k dispozici.

## 11.6. Diskuze

Tento návrh výzkumného projektu, jak je tu představen, zajisté není připraven k realizaci. Tomu brání zejména neexistující česká verze vybraného dotazníku. To je největší slabina a překážka k možnosti realizovat tento výzkum v Čechách.

Při realizaci obdobné korelační a srovnávací studie by nejspíš nebylo možné získat takto vysoký počet respondentů, jaký je uveden v tomto textu (150 – 200 adolescentů pro každou skupinu). Domnívám se, že i při nižším počtu respondentů by byly výsledky přínosné pro upřesnění této problematiky.

Při administraci vybraného dotazníku je, domnívám se, potřeba, aby výzkumník dohlédl na dobré porozumění otázkám ze strany respondentů. Dotazník poměrně podrobně mapuje ekonomické chování a postoje, některé otázky mohou být zvláště pro mladší respondenty náročně, a nemusí jim plně porozumět (otázky týkající se využívání bankovních služeb).

Za zvlášť důležité považuji, že je od respondentů požadována informace o jejich školním prospěchu. Pro záměr výzkumu je tato informace směrodatnější než pouhá informace o dosavadním vzdělání a současně navštěvované škole.

Realizace takového výzkumu v Čechách by mohla přinést velmi cenné informace o ekonomickém chování adolescentů nejen těch, kteří žijí v institucionální a pěstounské péči, ale také o dospívajících z běžných rodin. Přineslo by to poměrně podrobnou mapu o jejich ekonomickém uvažování a na základě těchto informací by bylo možné odhalit nedostatky současného vzdělávání v této oblasti.



## 12. Závěr

Problematika dětí, které z nejrůznějších důvodů postrádají péči své vlastní rodiny je velmi komplexní. Otázka forem institucionální péče o děti je jen jednou složkou této problematiky. Těžko lze předvídat, že nastane doba, kdy žádná z náhradních forem a alternativ péče o děti nebude potřebná. Je proto na místě zájem o tuto tematiku ze strany odborníků, a to nejen z řad psychologů, ale z mnoha dalších oborů jako je pediatrie, pedagogika, sociální práce, právo, a mnoho dalších.

Opomíjení této tematiky může mít jedině negativní dopady, a to převážně na děti, které tuto péči a starost nutně potřebují ke svému životu.

Dnešní podoba náhradní péče o děti, tak jak jí známe, je nevyhovující z mnoha důvodů. Můžu jmenovat některé z nich, kterými je například zbytečné odebrání dětí z biologických rodin a následné umístění do ústavu, nedostatečné využívání alternativních forem náhradní péče o děti, jakými jsou například Klokánky, chybějící nebo nedostatečná podpůrná práce s ohroženými rodinami, upřednostňování zájmů rodičů nad zájmy dítěte, atd.

Domnívám se, že novela o sociálně-právní ochraně dětí přinesla některé dobré změny, ale naopak také některé negativní posuny v této péči. Za všechny můžu jmenovat povinnost pěstounů udržovat kontakt dítěte s jeho biologickou rodinou. To může být v některých případech velmi nevhodné, až rizikové.

Je ale pravdou, že zkušenosti z minulých desetiletí ukazují kladný vliv mnoha psychologických studií týkajících se této problematiky, které byly realizovány v bývalém Československu. Je tedy možné, že se současná situace posune k lepšímu, až na to budou vhodné společenské podmínky.

### 13. Seznam použité literatury a informačních zdrojů

1. Alegre, A. (2012). The relation between the time mothers and children spent together and the children's trait emotional intelligence. *Child & Youth Care Forum*, 41(5), 493-508. doi:10.1007/s10566-012-9180-z
2. Andersson, G. (2005). Family relations, adjustment and well-being in a longitudinal study of children in care. *Child & Family Social Work*, 10(1), 43-56. doi:10.1111/j.1365-2206.2005.00337.x
3. Armstrong, M. I., Birnie-Lefcovitch, S., Ungar, M. T. (2005). Pathways Between Social Support, Family Well Being, Quality of Parenting, and Child Resilience: What We Know. *Journal Of Child And Family Studies*, 14(2), 269-281. doi:10.1007/s10826-005-5054-4
4. Bos, K., Zeanah, C. H., Fox, N. A., Drury, S. S., McLaughlin, K. A., Nelson, C. A. (2011). Psychiatric outcomes in young children with a history of institutionalization. *Harvard review of psychiatry*, 19(1), 15-24.
5. Bubleová, V., Kovařík, J., Matějček, Z. (1997). *Pozdní následky psychické deprivace a subdeprivace*. Praha: Psychiatrické centrum Praha.
6. Disman, M. (2002). *Jak se vyrábí sociologická znalost*. Praha: Karolinum.
7. Dunovský, J. (1999). Poruchy rodiny ve vztahu k dítěti. V Dunovský, J. a kol., *Sociální pediatrie*. Praha: Grada.
8. Dytrych, Z. (1999). Rodičovství a jeho poruchy. V Dunovský, J. a kol., *Sociální pediatrie*. Praha: Grada.
9. *Fond ohrožených dětí: Zpravodaj fondu ohrožených dětí*. (2011 - 2013). Retrieved from: <http://www.fod.cz/o-nas/zpravodaj-fod>
10. Fox, N. A., Almas, A. N., Degnan, K. A., Nelson, C. A., Zeanah, C. H. (2011). The effects of severe psychosocial deprivation and foster care intervention on cognitive development at 8 years of age: Findings from the Bucharest Early Intervention Project. *Journal Of Child Psychology And Psychiatry*, 52(9), 919-928. doi:10.1111/j.1469-7610.2010.02355.x
11. Funham, A. (1999). Spending and Saving Attitudes and Behaviors Questionnaire [Database record]. Retrieved from PsycTESTS. doi: 10.1037/t23128-000
12. Gjuríčová, J. (2008). Analýza efektivity fungování systému péče o ohrožené děti vyplývající z průzkumu osudu dětí, které v letech 1995 - 2004 opustily institucionální péči. *Děti potřebují rodinu* (stránky 20 - 27). Praha: Občanské sdružení Člověk hledá člověka.
13. Goleman, D. (2011). *Emoční inteligence*. Praha: Metafora
14. Historie SOS Dětských vesniček. (2006). *SOS Dětské vesničky: Láskyplný domov pro každé dítě* [online]. Retrieved from: <http://www.sos-vesnicky.cz/o-sdruzeni/historie/>

15. Christiansen, Ø., Havnen, K. S., Havik, T., & Anderssen, N. (2013). Cautious belonging: Relationships in long-term foster-care. *British Journal Of Social Work*, 43(4), 720-738. doi:10.1093/bjsw/bcr198
16. Koluchová, J. (1987). *Diagnostika a reparaibilita psychické deprivace*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství.
17. Krejčířová, D. (2001). Sociální vztahy, adaptace, deprivace. V Svoboda, M., Krejčířová, D., Vágnerová, M. *Psychodiagnostika dětí a dospívajících*. Praha: Portál.
18. Krejčířová, D. (2006). Děti ohrožené prostředím. V Říčan, P., Krejčířová, D. a kol., *Dětská klinická psychologie*. Praha: Grada.
19. Krejčířová, D. (2006). Poruchy chování u dětí (F91). V Říčan, P., Krejčířová, D. kol., *Dětská klinická psychologie*. Praha: Grada.
20. Langmeier, J., Krejčířová, D. (2010). Děti zanedbané a deprivované. V Langmeier, J., Balcar, K., Špitz, J. *Dětská psychoterapie*. Praha: Portál.
21. Langmeier, J., Matějček, Z. (2011). *Psychická deprivace v dětství*. Praha: Karolinum.
22. Matoušek, O. (1999). *Ústavní péče*. Praha: Sociologické nakladatelství.
23. Matoušek, O., Pazlarová, H. (2010). *Hodnocení ohroženého dítěte a rodiny v kontextu plánování péče*. Praha: Portál.
24. Matoušek, O., Pazlarová, H., Šabatová, A. (2008). Potřeba systémových změn v péči o ohrožené děti a rodiny. *Děti potřebují rodinu* (stránky 12 - 19). Praha: Občanské sdružení Člověk hledá člověka.
25. Merz, E. C., McCall, R. B. (2011). Parent ratings of executive functioning in children adopted from psychosocially depriving institutions. *Journal Of Child Psychology And Psychiatry*, 52(5), 537-546. doi:10.1111/j.1469-7610.2010.02335.x
26. Moreno, A. J., Klute, M. M., & Robinson, J. L. (2008). Relational and individual resources as predictors of empathy in early childhood. *Social Development*, 17(3), 613-637. doi:10.1111/j.1467-9507.2007.00441.x
27. Norvilitis, J. M., MacLean, M. G. (2010). The role of parents in college students' financial behaviors and attitudes. *Journal Of Economic Psychology*, 31(1), 55-63. doi:10.1016/j.joep.2009.10.003
28. Norvilitis, J. M., Merwin, M. M., Osberg, T. M., Roehling, P. V., Young, P., Kamas, M. M. (2006). Personality Factors, Money Attitudes, Financial Knowledge, and Credit-Card Debt in College Students. *Journal Of Applied Social Psychology*, 36(6), 1395-1413. doi:10.1111/j.0021-9029.2006.00065.x
29. Průcha, J., Walterová, E., Mareš, J. (2003). *Pedagogický slovník*. Praha: Portál

30. Reiterová, E. (2009). *Základy statistiky pro studenty psychologie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
31. Sedláčková, A., Šulová, L. (2011). Lesbické rodiny a jejich specifické znaky. V Šulová, L., Fait, T., Weiss, P. *Výchova k sexuálně reprodukčnímu zdraví*. Praha: Maxdorf.
32. Sekera, O. (2009). *Identifikace profesních aktivit vychovatelů výchovných ústavů a dětských domovů*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě.
33. Shefrin, H. M., Thaler, R. H. (1988). The behavioral life-cycle hypothesis. *Economic Inquiry*, 26(4), 609. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/1297277728?accountid=35514>
34. Sobotková, I. (1994). Postižení a ohrožení ve vývoji. V Dočkalová, V., Sobotková, I., *Vybrané kapitoly z psychologie pro učitele (I. díl)*. Olomouc: Vydavatelství Univerzity Palackého v Olomouci.
35. Sonuga-Barke, E. S., Rubia, K. K. (2008). Inattentive/overactive children with histories of profound institutional deprivation compared with standard ADHD cases: A brief report. *Child: Care, Health And Development*, 34(5), 596-602. doi:10.1111/j.1365-2214.2008.00863.x
36. Šebek, M (2006). Forenzní diagnostika. V Říčan, P., Krejčířová, D. a kol. *Dětská klinická psychologie*. Praha: Grada
37. Škoviera, A. (2007). Dilemata náhradní výchovy (teorie a praxe výchovné péče o děti v rodině a v dětských domovech). Praha: Portál.
38. Šolcová, I. (2009). *Vývoj resilience v dětství a dospělosti*. Praha: Grada.
39. Štochová, P., Kozlová, L. (2008). Monitoring umísťování dětí do osvojení a pěstounské péče v ČR. *Děti potřebují rodinu* (stránky 28 - 34). Praha: Občanské sdružení Člověk hledá Člověka.
40. Šturma, J. (2006). Školní zralost deprivovaných dětí. V Říčan, P., Krejčířová, D. a kol. *Dětská klinická psychologie*. Praha: Grada.
41. Šulová, L. (2006). Náhradní rodinná péče v ČR a její úskalí. *Sborník z kongresu Pardubice 2006*. SPRSV.
42. Šulová, L. (2010). *Raný psychický vývoj dítěte*. Praha: Karolinum.
43. Šulová, L., Dunovský, J. (1999). Specifické problémy romského dítěte. V Dunovský, J. *Sociální pediatrie*. Praha: Grada.
44. Šulová, L., Morgensternová, M. (2011). Rodičovství a péče o dítě. V Šulová, L., Fait, T., Weiss, P., *Výchova k sexuálně reprodukčnímu zdraví*. Praha: Maxdorf.
45. Toužimská, Z. (2006). Agresivita u dětí. V Říčan, P., Krejčířová, D. a kol. *Dětská klinická psychologie*. Praha: Grada.

46. Vágnerová, M. (1996). *Abnormální vývoj osobnosti jako následek negativního působení*. Liberec: Technická univerzita v Liberci.
47. Vágnerová, M. (2008). Problémy spojené s odlišným životním stylem. V Vágnerová, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál.
48. Wiik, K. L., Loman, M. M., Van Ryzin, M. J., Armstrong, J. M., Essex, M. J., Pollak, S. D., Gunnar, M. R. (2011). Behavioral and emotional symptoms of post-institutionalized children in middle childhood. *Journal Of Child Psychology And Psychiatry*, 52(1), 56-63.  
doi:10.1111/j.1469-7610.2010.02294.x

## **14. Přílohy**

Zde je k nahlédnutí dotazník Spending and Saving Attitudes and Behaviors Questionnaire, který byl použit v návrhu výzkumného projektu.